Nr. 6. 10. lutego 1929. Rok VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Bożenna KOKALJ-KOWALEWSKA, Warszawa
kierownik przychodni przeciwgruźliczej na Żoliborzu.

Zanik gruczołu mlecznego u kobiet z gruźlicą płuc w świetle pomiarów.

Z przychodni przeciwgruźliczej na Żoliborzu i z uzdrowiska dla chorób płucnych w Otwocku.

W pracy niniejszej zamieszczam wyniki pomiarów, dotyczące gruczołu mlecznego u kobiet z gruźlicą płuc. Zmiany zanikowe i przerostowe w obrębie klatki piersiowej były już kilkakrotnie opisywane w piśmiennictwie. Najwięcej uwagi jednak poświęcili im autorowie włoscy, gdyż oko południowca jest szczególnie wrażliwe na budowę nagiego ciała w jej prawidłowych i patologicznych przejawach.

Frederici opisał jako wczesny objaw zajęcia szczytów większe wklęśnięcie i obniżenie mięśnia czworobocznego po stronie chorej. Boeri zwraca uwagę na bolesność mięśnia czworobocznego w początkujących sprawach w szczytach. Boeri i Concato stwierdzili hipoplazję mięśnia czworobocznego po chorej stronie. Bacelli wykrył objaw łopatkowy. Mianowicie znalazł on u chorych gruźliczych nierównomierną ruchomość górnego wewnętrznego kąta łopatki w pozycji siedzącej. Ruchomość po stronie chorej jest upośledzona. Benassi podaje opis odstającego skrzydła — *scapulae alatae* — w schorzeniach płucnych. Za przyczynę uważa zanik mięśnia zębatego i czworobocznego. Craig zauważył u dzieci w sprawach wnękowych zanik skóry i tkanki podskórnej między łopatkami na przestrzeni od 2-go do 5-go kolca piersiowego. W przypadkach zajęcia szczytów zmiany troficzne obejmowały górną część klatki piersiowej do 2 żebra od przodu i do grzebienia łopatki od tyłu. Podobne zmiany mogą powstać i w dolnych częściach klatki piersiowej w stanach zapalnych opłucnej. Z pośród 82 chorych z gruźlicą początkową 64 wykazywało zmiany spastyczne w obrębie mięśni szyjnych i piersiowych. A. Spindler znalazł w schorzeniach wierzchołkowych u chorych zmiany dystroficzne w mięśniu czworobocznym i kręteczach, nieco mniej często w mięśniach piersiowych i międzyżebrowych. W sprawach przewlekłych mięśnie w obrębie ogniska zanikają i twardnieją, w świeżych procesach następuje skurcz mięśni. Pottenger przypisuje pewną wartość rozpoznawczą skurczowi mięśni pochyłych, kręteczy, mięśni piersiowych dużego i małego, mięśnia czworobocznego, dźwigacza łopatki, mięśni równoległobocznych i przepony. Spastyczny stan tych mięśni stanowi nieraz najwcześniejszy objaw w schorzeniach szczytów. W przewlekłych sprawach płucnych odpowiednia część skóry staje się cienką, wiotką i mało sprężystą. Delmege J. i Tinker widzieli, jako wczesny objaw gruźlicy, obniżenie ramienia i podobojczykowe spłaszczenie klatki piersiowej, przebiegające niekiedy w kierunku pachy. Delmege A. znalazł pozatem spłaszczenie i zwiotczenie mięśnia naramiennego w razie zajęcia górnej części płuc. Weinberg i Hirsch przytaczają opis 4 przypadków przewlekłej choroby płuc z połowicznym zanikiem twarzy i objawem okulopupilarnym po stronie chorego płuca. W dwóch przypadkach dopiero po stwierdzeniu hemiatrofji twarzy poszukano i znaleziono cierpienie płucne po odpowiedniej stronie.

Badając chorych w 1926 roku w Warszawskiem Uzdrowisku dla chorych płucnych w Otwocku, a ostatnio w przychodni Warszawskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego na Żoliborzu, zwróciło moją uwagę, iż u kobiet gruźliczych piersi są często niejednakowej wielkości. Spostrzeżenie to skłoniło mnie do badania stosunku między zmianami w płucach a zachowaniem się gruczołu mlecznego. Aby możliwie dokładnie określić stan gruczołu piersiowego, co do jego wielkości i umiejscowienia, wprowadziłam tak zwany *pomiar skośny,* oparty na dwóch względnie stałych punktach wyjścia. Pomiar skośny przebiega od dolnego kąta stawu mostkowo-obojczykowego ku środkowi brodawki sutkowej. Długość tego pomiaru rośnie z wielkością gruczołu sutkowego i jego obniżeniem. Wiemy zaś, iż rozwój gruczołu piersiowego idzie w parze z jego obniżeniem, gdyż powiększona pierś wskutek własnego ciężaru opada ku dołowi. Pomiary wykonywałam u chorych w pozycji siedzącej, przy kręgosłupie normalnie wyprostowanym przy ramionach symetrycznie ustawionych.

Na ogół wykonałam pomiary gruczołu piersiowego u 166 kobiet z gruźlicą płuc. Nieznaczne zmiany początkowe stwierdziłam u 83 kobiet, gruźlicę rozwiniętą u 69 kobiet, wreszcie gruźlicę wyniszczającą u 14 chorych. Obustronne zmiany o prawie równem natężeniu mieliśmy u 77 kobiet. Zmiany w płucach z praktycznie jednostronnem umiejscowieniem stwierdzono u 89 kobiet.

Z pośród 166 kobiet pomiary skośne wypadły jednakowo po obu stronach piersi u 71 kobiet, co stanowi 42,7%. Na tem miejscu muszę zaznaczyć, iż drobnych różnic w długości pomiaru prawo- i lewostronnego, wynoszących mniej niż 1 cm, nie uwzględniano, jako wchodzących jeszcze w zakres fizjologicznej asymetrji ciała ludzkiego. Znaczniejszą różnicę w długości między pomiarem skośnym prawo- i lewostronym wykazywało 95 kobiet, co stanowi 57,2%. Długość pomiaru skośnego wahała się u pojedyńczych chorych od 10 cm do 28,5 cm zależnie od wieku, wzrostu, budowy i narodowości chorej, od dziewictwa lub też poporodowego rozkwitu jej piersi.



Ryc. 1.
. . . oznacza pomiar skośny

Uwagę moją pochłaniało jednak przedewszystkiem zachowanie się gruczołu mlecznego u kobiet ze zmianami jednostronnemi w płucach. Z pośród 89 kobiet z przewagą zmian płucnych po jednej stronie znalazłam u 67 czyli 75,2% chorych skrócenie pomiaru skośnego po chorej stronie. Różnica w pomiarach wynosiła od 1,25 cm do 2,25 cm. U 3 kobiet (3,3%) pomimo wybitnie zaznaczonej jednostronności zmian w płucach długość pomiaru skośnego prawo- i lewostronnego była jednakowa. Wreszcie u 19 kobiet (21,3%) stwierdziłam skrócenie pomiaru skośnego po zdrowej stronie klatki piersiowej.

Co się tyczy kobiet z przewagą zmian po jednej stronie klatki piersiowej, choroba rozpoczęła się:

u 22 kobiet przed kilkoma miesiącami,
u 16 kobiet przed rokiem,
u 18 kobiet przed 2 laty,
u 9 kobiet przed 3 laty,
u 5 kobiet przed 4 laty,
u 5 kobiet przed 5 laty,
u 5 kobiet przed 6 laty,
u 4 kobiet przed 7 laty,
u 1 kobiety przed 8 laty,
u 2 kobiet przed 10 laty,
u 2 kobiet przed 15 laty.

Wysięk opłucny jednostronny podany był w wywiadach lub też stwierdziłam go w chwili badania u 15 kobiet. Odmę sztuczną jednostronną miało 6 kobiet. Kilka z tych chorych obserwowałam blizko 3 lata. Dołączam krótki opis 5 takich przypadków.

Przypadek I.

Adolfina J., polka, lat 17, pończoszkarka, w 1925 roku zapalenie lewostronne opłucnej. Od tego czasu kaszle i gorączkuje. W chwili przyjęcia do Uzdrowiska w Otwocku w 1926 r. rozpoznano klinicznie zajęcie lewego szczytu.

We wrześniu 1926 r. pomiar skośny prawy wynosił 18 cm, lewy $16^3/_4$ cm.

W styczniu 1928 r. pomiar skośny prawy wynosił 18 cm, lewy $16^3/_4$ cm. U chorej tej sprawa w płucach w ciągu $1^1/_2$ rocznej obserwacji nie uległa zmianie, jak również nie zmieniły się pomiary skośne gruczołu piersiowego.

Przypadek II.

Filomena K., lat 27, polka, bez zajęcia. Choruje od 1919 r. Klinicznie zmiany włóknistoserowate górnego i dolnego płatu lewego oraz zajęcie prawego szczytu.

We wrześniu 1926 r. pomiar skośny prawy wynosił 23 cm, lewy 21 cm.

W styczniu 1928 r. pomiar skośny prawy wynosił 24 cm, lewy 22 cm.

W przypadku tym, pomimo gwałtownego rozwoju piersi wskutek ciąży oraz znacznego przytycia chorej zanik gruczołu mlecznego po stronie lewej jest nadal wyraźnie zaznaczony.

Przypadek III.

Marja Cz., lat 28, polka, nauczycielka. Początek choroby datuje się od r. 1921 r. Przy przyjęciu do uzdrowiska stwierdzam u niej zmiany włókniste górnego prawego płatu. Pomiar skośny wynosił we wrześniu 1926 r. po stronie prawej 20 cm, po lewej 21 cm. W styczniu 1928 r. pomiar skośny prawy wynosił 21 cm, lewy 23 cm. Stan ogólny chorej w sanatorjum uległ poprawie, waga wzrosła o 4,5 kg. Pierś lewa zaokrągliła się i wypełniła w znaczniejszym stopniu niż prawa.



Ryc. 2.
Przypadek II.

Przypadek IV.

L. Karolina, lat 26, starozakonna, urzędniczka. Zachorowała w drugiej połowie 1925 r. W 1926 r. badanie kliniczne płuc wykazuje zmiany włóknistoserowate obustronne w górnych płatach. Obserwacja kliniczna w latach 1926 i 1927 wykazuje powolne gojenie się zmian w prawym górnym płacie. W lewem płucu natomiast zmiany włóknistoserowate postępują, zajmując oba płaty. We wrześniu 1926 r. pomiar skośny prawy wynosił 21 cm, lewy 21 cm. W kwietniu 1927 r. pomiar skośny prawy wynosił 21 cm, lewy 19,75 cm. Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę ze względu na zupełną równoległość między postępowaniem zmian w płucach, a zachowaniem się pomiarów skośnych. Lewa pierś chorej, że się wyrażę nieco przesadnie, kurczyła się poprostu w naszych oczach, tak jak się z dnia na dzień zmieniały szmery pod naszem uchem.

Przypadek V.

Anna E., niemka, lat 19, uczennica gimnazjum. W 1925 r. krwotok płucny. W 1926 r. chora przybyła do sanatorjum w Otwocku. Badanie wstępne wykazuje zmiany włóknistoserowate w prawym górnym płacie. W ciągu rocznego pobytu chorej w uzdrowisku zmiany w prawem płucu ustąpiły prawie całkowicie; w lewem płucu natomiast zjawił się rozpad z powstaniem kilku jam. We wrześniu 1926 r. pomiar skośny prawy wynosił 21,5 cm, lewy 21,5 cm. W kwietniu 1927 r. pomiar skośny prawy wynosił 21 cm, lewy 19,75 cm. U chorej tej wynik pomiarów skośnych był w początku sprzeczny ze zmianami w płucach. W dalszym ciągu choroby jednak wystąpiło skrócenie pomiaru skośnego po stronie więcej zaatakowanej gruźlica.

W długotrwałym procesie w płucach:

1) Stosunek między pomiarami skośnemi może nie ulegać zmianie (przypadek I).

2) Gruczoły sutkowe mogą się rozwijać, lecz różnica w długości pomiarów skośnych zostaje zachowana (przypadek II).

3) Przy poprawie ogólnego stanu chorej piersi mogą się powiększyć, lecz gruczoł mleczny po zdrowej stronie klatki piersiowej powiększa się w znaczniejszym stopniu niż po chorej (przypadek III).

4) Gruczoł piersiowy po chorej stronie zanika, po zdrowej stronie zostaje bez zmian (przypadek IV).

5) W razie chudnięcia wskutek ciężkiego stanu ogólnego piersi mogą się zmniejszać, lecz gruczoł sutkowy po stronie większych zmian w płucach zanika wyraźniej (przypadek V).

Jak wspominałam już, u 3 kobiet (3,3%) pomimo jednostronnego umiejscowienia zmian w płucach długość obu pomiarów skośnych była jednakowa. U 19 kobiet (21,3%) pomiar skośny był krótszy po zdrowej stronie klatki piersiowej.

Z pośród 19 kobiet z zanikiem gruczołu mlecznego po zdrowej stronie klatki piersiowej stwierdziłam u 4 zniekształcenie klatki piersiowej, 3 kobiety karmiły dzieci prawie wyłącznie piersią po chorej stronie klatki piersiowej. W ten sposób powstał pozornie paradoksalny przerost gruczołu mlecznego po chorej stronie. U 1 chorej stwierdziłam zniekształcenie klatki piersiowej po wycięciu żeber w następstwie prawostronnego ropnego zapalenia opłucnej. Gruczoł sutkowy po zdrowej stronie klatki piersiowej wykazywał liczne i głębokie blizny po ropniach i nacięciach.

U 6 chorych sprawa w płucach trwała zaledwie parę miesięcy. Możliwe jest, iż tak świeże choć rozległe zmiany nie zdołały jeszcze dostatecznie wpłynąć na troficzny stan gruczołu mlecznego. Wreszcie u 5 chorych nie udało mi się wykryć przyczyny, któraby mogłaby spowodować przerost gruczołu sutkowego po chorej stronie klatki piersiowej. Być może, iż w tych kilku przypadkach istniały kiedyś zmiany po obecnie zdrowej stronie płuc, które jednak dały w rezultacie zanik gruczołu piersiowego.

Wykonując pomiary u 166 kobiet zauważyłam, iż prawa pierś fizjologicznie jest nieco lepiej rozwinięta oraz niżej obsadzona niż lewa. Różnica w długości pomiarów skośnych wynosiła od 0,25 cm do 1 cm na korzyść pomiaru prawostronnego. Fizjologiczny przerost prawego gruczołu sutkowego należy uważać za wynik lepszego przekrwienia i odżywiania prawej górnej połowy klatki piersiowej w następstwie wzmożonej pracy prawej kończyny górnej. Z przyczyn powyższych posiada skrócenie pomiaru skośnego prawostronnego wobec równoczesnych zmian prawostronnych w płucach większą wartość patognomoniczną niż skrócenie pomiaru lewostronnego.

U kobiet, które karmiły, zależność gruczołu sutkowego od zmian w płucach uwidacznia się mniej lub wcale. Przerasta u nich przeważnie lewa pierś, gdyż do lewej piersi matka zazwyczaj najpierw przykłada dziecko. Niemowlę wysysa najgruntowniej lewą pierś, która jest ciągle pobudzana do wydzielania nowych zapasów mleka i w następstwie wzmożonej funkcji przerasta.

Z pośród 24 kobiet ze zmianami początkowemi po jednej stronie płuc pomiar skośny był skrócony po stronie zajętej wnęki lub szczytu w 20 przypadkach, co stanowi 83,3%. Zanik gruczołu piersiowego i skrócenie pomiaru skośnego po chorej stronie płuc posiada zatem pewną wartość rozpoznawczą we wczesnych okresach gruźlicy płuc.

W jednym przypadku z równomiernem zajęciem wnęk, rentgenologicznie stwierdzonem, wykryłam jednak wyraźne skrócenie prawego pomiaru skośnego. Dopiero po kilku tygodniach wystąpiły rzężenia wilgotne w prawym szczycie. W tym przypadku skrócenie pomiaru skośnego było niejako zwiastunem przyszłych zmian w płucach, które udało mi się stwierdzić klinicznie dopiero po paru miesiącach.

Wpatrując się w nagą anatomję coraz to nowych zastępów kobiet, zrobiłam ciekawe spostrzeżenie, że u kobiet zniekształcenia kręgosłupa są nadzwyczaj częstem zjawiskiem. Z pośród 166 kobiet badanych wykryłam u 27 czyli u 16,2% skrzywienie kręgosłupa, poczynając od ledwie zaznaczonego odchylenia w jednym z trzech kierunków aż do zupełnego zniekształcenia klatki piersiowej. Chore z nieznacznem skrzywieniem kręgosłupa częściowo nawet nie wiedziały o wadzie swojej budowy.

U 1 chorej znalazłam w jamce nadobojczykowej po stronie zajętego szczytu plamę barwikową skóry o kształcie podłużnym. Chora podała, iż zauważyła pigmentację na szyi dopiero przed paru laty i że dawniej tej plamy nie posiadała. Skłonna jestem przypuszczać w tym przypadku, iż wskutek długotrwałego procesu w prawym szczycie wystąpił zanik i zwyrodnienie skóry szyi po tejże stronie z wzmożonem odkładaniem się barwika.

Pomiar skośny, zastosowany u mężczyzn, wykazał analogicznie jak u kobiet skrócenie po chorej stronie klatki piersiowej wskutek zaniku mięśni piersiowych, skóry oraz tkanki podskórnej.

Jak należy tłumaczyć zanik gruczołu sutkowego w przewlekłych schorzeniach w płucach? Czy należy go uważać za następstwo bezczynności i zatrucia specyficznego, czy też za odruch ze strony chorego płuca, który przebiega drogą nerwu współczulnego od rdzenia ku mięśniom i tkance gruczołowej. Uszkodzenie neuronu, regulującego odżywianie tkanek i zmieniony dopływ krwi do tkanek w przewlekłej gruźlicy płuc, są to również czynniki, które wpływają ujemnie na troficzny stan tkanki gruczołowej i podskórnej, mięśni i skóry.

Wnioski:

1) Pomiar skośny oznacza stan gruczołu sutkowego co do jego wielkości i umiejscowienia.

2) W razie zaniku gruczołu piersiowego pomiar skośny jest skrócony.

3) U ³/₄ kobiet ze zmianami jednostronnemi w płucach znalazłam pomiar skośny skrócony po chorej stronie klatki piersiowej.

4) Fizjologicznie prawy gruczoł sutkowy jest nieco większy od lewego.

5) Skrócenie pomiaru skośnego jako wyraz zaniku gruczołu mlecznego posiada pewną wartość rozpoznawczą w okresach początkowych gruźlicy płuc.

6) Pomiar skośny u mężczyzn posiada podobne znaczenie jak u kobiet.

Piśmiennictwo.

Ponticaccia Luigi e Pampuri: Il segno di Frederici. Giorn. di clin. med. Nr. 12, 1923. — Margreth G.: Per la diagnosi precose della tuberculosi apicale. Rif. med., Nr. 34, 1921. — Benassi S.: Interno al determinismo della scapola alata nelle affezioni polmonari. Gazz. d. osp. e. d. cin., Nr. 30, 1925. — Craig-Macgon: On muscular changes occurring in pulmonary tuberculosis. British Journal of Tuberculosis, Vol. 14, Nr. 3, 1920. — Spindler A.: Veränderungen der Muskeln bei Lungentuberculose. Zentralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung, B. XXI, 1924. — Pottenger F. M.: The importance of a knowledge of reflexes in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. Med. Journ., Vol. 119, Nr. 4, 1924. — Delmege J.: Dropped shoulder as a sign of early phthisis. Tubercle, Vol. 3, Nr. 1, 1921. — Delmege A.: A note of deltoid flattening in early phthisis. Tubercle, Vol. 7, Nr. 8, 1926. — Weinberg u. Hirsch: Hemiatrophia facialis progressiva bei chronischen Lungenaffektionen, ein Beitrag zur Aetiologie und Pathogenese des Leidens. Dtsch. Zeitschr. f. Nervnheilk. Bd. 66, Heft 3/4, S. 204, 1920.

Fr. KMIETOWICZ, jun. Lwów.

Wchłanianie bezwodnika węglowego przez skórę.

Z Zakładu Farmakologji Doświadczalnej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor Prof. Dr. Włodzimierz Koskowski.

Wiadomą jest rzeczą, że podanie CO_2 w postaci wód mineralnych kwasowęglowych t. zw. szczaw powoduje wzrost tego gazu w ustroju wskutek wchłonienia w przewodzie pokarmowym. Efekt podobny sprowadzają suche kąpiele w CO_2, przyczem drogą wejścia gazu do ustroju jest skóra.

Większe zebranie się CO_2 w ustroju prowadzi z jednej strony do pewnych efektów fizjologicznych, z drugiej zaś do pewnych zmian chemicznych.

Chcąc tedy przekonać się *o ile i kiedy* zwiększa się ilość CO_2 w ustroju w czasie kąpieli kwasowęglowej, kąpałem ludzi od 5 minut do 1 godziny w szczelnej wannie blaszanej, wypełnionej gazowym bezwodnikiem węglowym. Badany od góry zakryty był grubem prześcieradłem gumowem. Chcąc uniknąć sumowania się wzmożonej ilości CO_2 w powietrzu atmosferycznem w czasie kąpieli z CO_2 wydechowem, doprowadzałem badanemu systemem rur gumowych z wentylami powietrze z poza budynku wprost do ust. Wydechane powietrze zbierałem do worów gumowych i oznaczałem skład jego w aparacie Haldane'a. Jako częściowy wykładnik wchłaniania CO_2 przez skórę uważałem ilość CO_2 wydaloną w 1 minucie przez płuca.

Z obliczeń tych wynikło, że ilość procentowa CO_2 w powietrzu wydechowem rosła zwykle z 3,35% nawet na 3,9%, przy zwiększonej jednak wentylacji płuc często malała np. z 3,5% na 3,1%.

Ilość kubiczna CO_2 rosła natomiast stale i to przy dłuższej kąpieli ponad 100%. Granicą dla wzmagania się procesu eliminacyjnego CO_2 przez płuca była kąpiel trwająca około 12—15'. Przekroczywszy ten czas znajdowaliśmy już bardzo wysokie cyfry, równocześnie obserwując i drugie zjawisko, a mianowicie przyrost ogólnej pojemności powietrza wydechowego.

I tak ilość powietrza w litrach na 1' obliczonych rosła:

Kąpiel	0'	15'	25'	30'	50'	1 h	Odpoczynek 1 h	Odpoczynek 2 h 15
19/III litrów	6·75	9·1	—	9·4	—	—	—	—
23/ „ „	7·8	—	11·3	—	15·5	—	—	8·9
26 „ „	8·25	—	—	14·75	—	15·1	14·6	7·6
2/IV „	8·55	10·8	13·5	—	—	—	—	—
13/ „ „	7·3	9·5	11·3	—	—	—	—	—
20/ „ „	7·5	10·8	12·4	—	—	—	—	—

Ilość kubiczna CO_2 rosła po długich kąpielach bardzo znacznie i tak np.:

Kąpiel	0'	15'	25'	30'	50'	1 h	Odpoczynek 1 h	Odpoczynek 1 h 30'	Odpoczynek 2 h 15
14/III cm³ CO_2	34·47	33·66	—	56·06	—	—	—	—	—
23/ „ „	26·13	—	44·07	—	54·11	—	—	—	—
26/ „ „	33·83	—	—	54·58	—	51·34	36·48	—	30·40

Zwiększona wentylacja płuc w czasie kąpieli pochodziła naturalnie przedewszystkiem od pogłębienia się oddechu, ale i ilościowo oddech zawsze bywał nieco przyspieszony i rósł:

Kąpiel	0'	15'	30'	1 h	Odpoczynek 1 h	Odpoczynek 2 h 15'
19/III oddechów	12	15	18	—	—	—
14/ „ „	13	16	20	—	—	—
26/ „ „	15	—	20	23	19	15
2/IV „	15	16	19	—	—	—

Jak zachowywał się równocześnie przytem tlen? Otóż procentowo zużyty tlen w powietrzu wydechowem zawsze malał,

Kąpiel	0'	15'	30'	1 h	Odpoczynek 1 h	Odpoczynek 2 h 15'
19/III % tlenu	4·63	3·83	3·13	—	—	—
14/ „ „ „	3·58	3·23	2·73	—	—	—
26/ „ „ „	4·63	—	2·63	2·33	4·23	4·63
24/IV „ „	3·98	3·33	3·03	—	—	—

a kubiczna jego objętość wahała się zasadniczo w bardzo szczupłych granicach czyli, że CO_2 zwiększał się z resorbcji, a nie powstawał z przemiany materji:

Kąpiel	0'	15'	30'	1 h	Odpoczynek 1 h	Odpoczynek 2 h 15'
19/III cm³ tlenu	31·25	34·85	29·40	—	—	—
14/ „ „ „	36·50	32·85	44·55	—	—	—
26 „ „ „	38·18	—	38·76	30·16	40·62	35·19
24/IV „ „	30·00	35·97	37·59	—	—	—

Gdybyśmy teraz obliczyli iloraz oddechowy, dostalibyśmy cyfry jak przy bardzo intenzywnym procesie spalania się węglowodanów, tem wyższe im dłużej trwała kąpiel kwasowęglowa i im więcej wessało się CO_2.

Kąpiel	0'	15'	25'	30'	50'	1 h	Odpoczynek 1 h	Odpoczynek 1 h 30'	Odpoczynek 2 h 15'
19/III Iloraz	0·85	0·98	—	1·19	—	—	—	—	—
23/ „ „	0·82	—	1·16	—	1·32	—	0·91	—	—
26/ „ „	0·88	—	—	1·41	—	1·46	0·90	—	0·86

Iloraz oddechowy zdawałoby się nieprawdopodobny. Płuca jako droga eliminacyjna dla CO_2, funkcjonalnie zmieniają swój mechanizm jaskrawo tylko przy równoczesnym procesie utleniania. Gdy mają jednak tylko eliminować, iloraz może być nawet zbyt wysoki, nie jest jednak wskaźnikiem, za jaki zwykliśmy go normalnie uważać, t. zn. nie jest wskaźnikiem jakości przemiany chemicznej, działanie mechanizmu płuc nie objawia się stanem, jaki zwykle spostrzegamy przy dużym ilorazie oddechowym.

I jeszcze jedną zrobiliśmy obserwację a mianowicie przyzwyczajania się do bezwodnika węglowego.

Kąpiąc tego samego człowieka dzień po dniu, zaobserwowaliśmy, że jednak po kilku już kąpielach różnice w ilości wydalo-

nego CO_2 z dnia na dzień maleją, aż efekty chemiczne przestają się prawie różnić od cyfr wyjściowej normy.

25/IV Kąpiel	Litry	CO_2 %	CO_2 cm^3	Oddechy	0 %	0 cm^3	Iloraz
0	6 9	3·5	24·15	14	4·33	29·88	0·81
15'	8·25	3·6	29·70	16	4·53	37 37	0·80
20'	8·65	3·5	31 14	16	4·03	34·86	0·90

Z obliczeń tego doświadczenia przekonaliśmy się, że właściwie nie rośnie ani ilość powietrza wydechowego, ani ilość CO_2 i tlenu, tak, że współczynnik oddechowy nie zmienia się, następuje prawdopodobnie przyzwyczajanie się skóry na bezpośrednie działanie CO_2, a wyraża się ono zmniejszonem wchłanianiem tegoż.

Patrząc na dłoń swoją spostrzegamy jakby marmurkowanie skóry; widzimy małe plamki białe a obok nich w bezpośredniem sąsiedztwie plamki różowe. Są to obszary jednej małej tętniczki skórnej z rozszerzonemi lub zwężonemi naczyńkami włosowatemi. Plamka biała ma w komórkach dość tlenu, więc zamknęła jego dowóz, czyli zwężyła kapilary; plamka różowa rozszerzyła je natomiast, gdyż wyprodukowany w przemianie materji komórkowej CO_2 musi zostać wydalony nazewnątrz, a wprowadzonym musi być tlen, warunkujący jej życie. Po kilku zaledwie minutach kolor plamek się zmienia. Różowe bledną, białe czerwienieją.

Jeśli teraz cała skóra badanego zostanie sztucznie zanurzoną w kwas węglowy, następuje zatrucie chemiczne całej skóry; niema plamek białych na dłoni; biała skóra ramion, ud, piersi etc. różowieje, czerwienieje, a po wyjściu z wodnej kąpieli kwasowęglowej odrzyna się ostro granica, jak głęboko było ciało w CO_2 zanurzone. Trzeba kilku a nawet kilkunastu minut zanim skóra zblednie, zanim naczynia włosowate się zwężą, czyli zanim CO_2 nie zostanie wywiezionym a komórki z powrotem dostatecznie nie zostaną zaopatrzone w tlen.

I rzeczywiście eliminacja CO_2 wchłonionego po długiej kąpieli kwasowęglowej odbywa się powoli, po ustaniu kąpieli, jak również powoli wyrównują się i inne objawy:

26/III Kąpiel	Litry	CO_2 %	CO_2 cm^3	Oddechy	0 %	0 cm^3	Iloraz
„ 0'	8·25	4 1	33·83	15	4·63	38·18	0·883
„ 30'	14·75	3·7	54·58	20	2·63	38·79	1·407
„ 1 h	15·1	3·4	51·34	23	2·33	30·16	1·459
Odpoczynek 1 h	14·6	3·8	36·48	10	4·23	40·62	0·900
„ 2 h 15'	7·6	4·0	30·40	15	4·63	35·19	0·864

względnie:

23/III Kąpiel	Litry	CO_2 %	CO_2 cm^3	Oddechy	0 %	0 cm^3	Iloraz
0'	7·8	3·35	26·18	19	4·08	31·83	0·82
25'	11·3	3·9	44·07	18	3·43	38·76	1·16
50'	15·15	3·6	54·11	22	2·73	41·36	1·32
Odpocz. 1 h 30'	8 9	3·7	32·73	17	4·08	35·91	0·91

Praktycznie więc należałoby:

1) Kąpać w kąpielach kwasowęglowych *wogóle krótko* do 15', aby uniknąć zwiększenia ilości CO_2 we krwi, a przez to zadziałania na ośrodek naczynio-ruchowy bezpośrednio.

2) Kąpać stopniując czas od 7' do 15' nie dłużej, ze względu na przyzwyczajenie sie do CO_2

3) i ze względu na przyzwyczajenie się kąpać raczej co drugi dzień, niźli codziennie;

4) wypoczywać leżąco bezpośrednio po kąpieli w dobrze przewietrzonych ubikacjach, aby ustrój mógł łatwo eliminować drogą płuc wchłonięty przez skórę w czasie kąpieli CO_2, który długo jeszcze zalega w ustroju po wyjściu z wanny;

5) i dlatego należy *bezwzględnie* ekshaustorami elektrycznemi lub niską wentylacją spustową usuwać nagromadzony w czasie kąpieli CO_2 z kabin. Rośnie on bowiem ponad 2% w powietrzu atmosferycznem na wysokości ust kąpiącego się, tak że obok wchłaniania CO_2 przez skórę, przychodzi jeszcze do matematycznego wprost sumowania się tegoż w płucach z powodu oddechania powietrzem bogatem w CO_2, a więc przychodzi do łatwiejszego i szybszego działania szkodliwego na ośrodki naczynio-ruchowe;

6) Aby tem bardziej jeszcze umniejszyć możliwość wdechania CO_2 z powietrzem kabiny, należy przykrywać wanny nieprzepuszczalnemi dla CO_2 prześcieradłami gumowemi.

W końcu muszę dodać, że w Karlsbadzie zostały zbudowane w ostatnich miesiącach kosztem 4 miljonów koron czeskich, łazienki z kabinami do suchych kąpieli w gazowym bezwodniku węglowym.

Przed dwoma już przeszło laty domagaliśmy się odpowiednich łazienek do suchych kąpieli kwasowęglowych z CO_2, wydobywającego się z szybu Zubera. Dotąd niestety jednak mimo, że zrealizowanie postulatów tych otworzyłoby nowy zabieg leczniczy i ekonomicznie dałoby wyniki korzystne — nie zostały one zrealizowane.

Dr. Franciszek GOEBEL, st. asyst. Zakładu. Warszawa.

Nowy sposób oznaczania aktywności preparatów tarczycy.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. W.
Kierownik Prof. Dr. F. Venulet.

Coraz szersze zastosowanie w lecznictwie preparatów z gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, pociąga za sobą konieczność badania preparatów takich na aktywność. Odnośnie tarczycy np. farmakopea niemiecka uważa, że głównym sprawdzianem preparatów jest zawartość w nich jodu, która powinna wynosić conajmniej 0,18% substancji suchej.

Jak wiadomo, wiemy, że pomiędzy jodem a hormonem tarczycy istnieje ścisły związek. Jednak brak tutaj równoległości między zawartością jodu a substancji czynnej.

Stąd K o c h e r naprzykład uważa, że sama ilość jodu nie może być miernikiem biologicznej wartości preparatu. Starano się więc na innej drodze znaleść sprawdzian aktywności preparatów z gruczołu tarczowego.

Metody odnośne oparte są na charakterystycznych własnościach tarczycy wywołania wzmożonej przemiany materji (badanie podstawowej przemiany materji u zwierząt po podaniu tarczycy) dalej na przyspieszeniu przemiany materji (spadek wagi ciała met. K r e i t m a r a), wreszcie na pobudzeniu rozwoju. Jak wiadomo, G u d e n a t s c h zauważył charakterystyczne zmiany we wzroście i rozwoju kijanek, karmionych gruczołem tarczowym. Działanie to uwarunkowane jest ilością i jakością podanych gruczołów, względnie przetworów z tychże.

R o g o f f, a później i inni, zastosowali właśnie to spostrzeżenie G u d e n a t s c h a do oznaczania wartości leczniczej preparatów tarczycy.

Metoda G u d e n a t s c h'a, jakkolwiek prosta w założeniu, jednak w wykonaniu nasuwa trudności z powodu wielkiej wrażliwości kijanek na zmianę otoczenia, np. nawet wielkość naczynia lub ilość umieszczoych w niem kijanek wywołuje już różnice we wzroście i metamorfozie. Pozatem metoda ta ma jeszcze tę ujemną stronę, że może znaleść zastosowanie tylko na wiosnę, to jest wtedy, kiedy są kijanki. Lepszą już jest metoda Z a w a d o w s k i e g o, stosowana na aksolotlach.

Istnieje jeszcze metoda, oparta na spostrzeżeniu H u n d t a, iż myszy białe są mniej wrażliwe na działanie acetonitrylu, o ile podaje się im przedtem tarczycę.

P o r t podnosi jednak, iż myszy białe zachowują się wogóle bardzo indywidualnie wobec acetonitrylu. A zatem wyżej wymienione metody oznaczania wartości biologicznej tarczycy posiadają pewne niedogodności a nawet niedokładności.

W pracy, znajdującej się w druku p. t. „Wpływ tarczycy na „blokadę" układu siateczkowo śródbłonkowego", stwierdziłem, że zawiesina koloidowa srebrna, podana dożylnie psom pozbawionym tarczycy, nie wywołuje podniesienia poziomu cukru we krwi, stale stwierdzanego u psów normalnych, a następnie, że podanie dożylne zawiesiny koloidowej srebra psom pozbawionym tarczycy, ale otrzymującym równocześnie wysuszoną tarczycę, daje hyperglikemję bardzo wybitną.

Po stwierdzeniu tego faktu na większym materjale, okazało się, że podawany psom, pozbawionym tarczycy, inny preparat tarczycy nie powodował „poblokadowej" hyperglykemji, przedtem stale stwierdzanej, równocześnie psy zamiast tracić na wadze, jak to poprzednio stwierdzano, przybywały.

Wobec czego preparat tarczycy przesłano do zbadania do Państwowego Instytutu Farmaceutycznego skąd otrzymano następującą odpowiedź: „w nadesłanej próbce „Gl. Thyreoidea" oznaczono jod przez spalenie odważonej ilości z ługiem sodowym, wydziele-

Nr. psa	Waga psa	Data	Ilość cukru we krwi w 1000 gr. przed podaniem „Argentolu"	Ilość cukru we krwi po podaniu „Argentolu" w ½ godz.	Procent spadku lub przyrostu	w 1 godz.	%	w 2 godz.	%	w 3 godz.	%	w 4 godz.	%	Uwagi i objaśnienia
1	7·8	14/4	1·0	1·12	+12	1·16	+16	1·26	+26	1·2	+20	1·12	+12	przed usunięciem tarczycy, przecukrzenie krwi wybitne
1	7·3	21/4	1·1	1·1	0	1·1	0	1·1	0	1·09	−0·9	1·15	+ 4	w 5 dni po usunięciu tarczycy, brak hiperglikemji
1	6·5	27/4	0·9	1·1	+22	1·3	+44	1·0	+11	1·4	+55	1·3	+14	po 6 dniach podawania tarczycy »Gl. Thyreoid« sic. pulv. Spiess, hiperglikemja wybitna
4	7·6	4/5	0·91	0·97	+ 7	1·12	+23	1·15	+26	1·25	+37	1·25	+37	przed usunięciem tarczycy, hiperglikemja wybitna
4	7·4	9/5	0·87	0·87	0	0·87	0	0·87	0	0·81	0	0·87	0	w 5 dni po usunięciu tarczycy, brak hiperglikemji
4	7·3	16/5	0·9	1·05	+16	1·05	+16	1·05	+16	1·05	+16	1·05	+16	po 4 dniach podaży »Thyroksyny«, niezbyt znaczna hiperglikemja
4	6·9	22/5	0·85	0·85	0	0·97	+14	1·27	+49	1·03	+21	1·03	+21	po 12 dniach podaży »Thyroksyny«, hiperglikemja wybitna
8	11	15/5	1·1	1·2	+ 9	1·25	+13	1·15	+ 4	1·55	+28	1·2	+ 9	przed usunięciem tarczycy, wyraźna hiperglikemja
8	12	22/5	1·2	1·2	0	1·2	0	1·2	0	1·2	0	1·2	0	po usunięciu tarczycy, brak hiperglikemji
8	10	29/5	0·81	0·97	+19	1·03	+27	1·13	+39	1·52	+87	0·81	0	po 10 dniach podawania tarczycy »G. Thyr«. pul. sic. Merck, b. wybitna hiperglikemja
8	10	3/6	0·97	0·94	− 3	1·06	+ 9	1·02	+ 5	1·01	+ 4	0·97	0	w dni 5 po ustaniu podawania tarczycy; hiperglikemja nieznaczna
7	13	6/5	0·78	0·88	+12	0·95	+21	1·00	+28	1·2	+52	1·1	+41	przed usunięciem tarczycy, hiperglikemja wybitna
7	13	11/5	0·78	0·78	0	0·80	+ 2	0·82	+ 5	0·78	0	0·76	− 2	po usunięciu tarczycy, brak hiperglikemji
7	14	19/5	0·78	0·78	0	0·75	− 4	0·78	0	0·80	+ 2	0·76	− 2	po 8 dniach podawania tarczycy«, firmy K. w W-wie brak hiperglikemji
6	7·2	11/9	0·81	0·92	+13	1·1	+35	0·87	+ 7	—	—	—	—	przed usunięciem tarczycy, hiperglikemja wyraźna
6	8	29/9	0·81	0·84	+ 4	0·84	+ 4	0·84	+ 4	0·81	0	—	—	po usunięciu tarczycy i podawaniu preparatu firmy K. w W-wie, brak hiperglikemji
9	8·7	4/6	0·90	0·96	+ 6	1·1	22	1·2	+33	1·0	+11	0·98	+ 8	przed usunięciem tarczycy przecukrzenie krwi wybitne
9	8·8	14/6	0.87	0·88	+ 1	0·86	− 1	0·84	− 3	0·86	− 1	0·83	− 4	po usunięciu tarczycy, brak przecukrzenia
9	7·3	21/6	0·90	0·96	+ 6	0·96	+ 6	0·98	+ 8	1·2	+33	0·98	+ 8	po 8 dniach podawania preparatu »Thyroid« Parke, Davis et Comp., hiperglikemja wybitna

nie jodu z utworzonego jodku sodowego i mianowanie go thiosiarczanem. Znaleziono jodu 0,1013%. Większa część jodu znajduje się w przetworze w stanie zjonizowanym. Krochmalu i cukru w przetworze niema. Przeciętnie przyjmując, że świeży gruczoł zostawia zazwyczaj 25% suchej pozostałości, a 1 g świeżego gruczołu zawiera około 0,0006 g jodu w preparacie suchym bywa około 0,24% jodu, związanego organicznie. Z powyższego wynika, że nadesłana „Gl. Thyroidea" nie odpowiada powyższym normom, tembardziej, że niemal całkowita ilość znajdującego się w preparacie jodu, nie znajduje się w nim pod postacią jodu związanego organicznie.

Jodu zjonizowanego gl. thyreoidea nie powinny zawierać zupełnie".

Z powyższego widać, że używany preparat był zafałszowany. Powyższe spostrzeżenie nasunęło myśl zastosowania „blokady" u psów beztarczyczych, karmionych tarczycą, celem stwierdzenia aktywności preparatów tarczycy.

Badania przeprowadzam w sposób następujący: najprzód psom normalnym podawano dożylnie zawiesinę koloidową srebra (1 cm³ „Argentolu" na 1 kg wagi zwierzęcia) poczem stwierdzano u nich podniesienie się poziomu cukru we krwi. Następnie psom tym w znieczuleniu miejscowem usuwano tarczyce, pozostawiając gruczoły przytarczowe. W 5—7 dni po usunięciu tarczycy ponowne podanie dożylne zawiesiny koloidowej srebra nie spowodowało w ciągu 4-ch godzin hyperglikemji.

Następnie psom tym w ciągu 6—10 dni podawano doustnie w dawkach od 0,25 do 0,5 g rozmaite preparaty wysuszonej tarczycy różnych wytwórni krajowych i zagranicznych oraz „Thyroxynę" Scheringa w dawkach po 0,001 dziennie. Wyniki zestawione są na tablicy.

Okazało się, że po podawaniu preparatów: krajowego Spiessa, zagranicznych Mercka, Parke Davis et Co i „Thyroxyny" u psów pozbawionych tarczycy występowała hiperglikemja, po podaniu dożylnem koloidowego preparatu srebra, wyjątek stanowił wspomniany bezwartościowy preparat firmy K.

Z powyższego wynika, że:

1) U psów beztarczycznych a karmionych preparatami tarczycy różnego pochodzenia, po podaniu dożylnem srebra koloidowego występuje wybitne przecukrzenie krwi,

2) nie występowanie przecukrzenia w tych warunkach świadczy o bezwartościowości danego preparatu tarczycy.

3) Metoda powyższa nadaje się do szybkiego określania wartości biologicznej wypuszczanych na rynek preparatów tarczycy lub preparatów zastępczych, syntetycznych.

Piśmiennictwo.

Kreitmar H.: Jodgehalt u. Schilddrüsenwirkung Zeit. f. d. ges. exp. Mediz. 61, 1928, str. 202. — Kroszczyński S. i Sikorski: Działanie niektórych organopreparatów na kijanki. Med. społ. i dośw. 2, 1924, str. 191. — Nobel E. und Freud P.: Auswertung d. Thyroidins am Meerschweichen. Klin. Wochenschr. 41, 1924. — Zawadowski i Lipschina: Ueber die Anwendung der Metamorphosereaktion bei Axolotl zur Standarisierung des Hormons der Schilddrüse. Zeit. f. exp. Med. 62 Z. 1/2, 1928.

Dr. Stanisława ADAMÓWNA. Lwów.

Ruchy przymusowe powiek w stanach po śpiączce nagminnej. Współruch górnej powieki z dolną szczęką.

Z Kliniki Chorób nerwowych U. J. K. we Lwowie
Dyr. Prof. Dr. H. Halban.

O ile różnego rodzaju kurcze, począwszy od kurczów w poszczególnych mięśniach i grupach mięśniowych a skończywszy na uogólnionych kurczach o charakterze torzyjnym, jako następstwo po nagminnem zapaleniu mózgu nie należą do rzadkości, o tyle kurcze w zakresie mięśni gałek ocznych, w szczególności powiek są bardzo rzadkie.

Apert i Vallery-Radot (cyt. Alpers-Patten) przedstawiali dziecko 14-letnie, u którego w rok po (ostrem) zapaleniu mózgu wystąpił spazm w prawej połowie twarzy łącznie z kurczem prawej powieki, bez innych objawów pośpiączkowych.

Papastratigakis ogłosił przypadek dotyczący 24-letniego mężczyzny z objawami parkinsonizmu, które wystąpiły bezpośrednio po nagminnem zapaleniu mózgu. W jakiś czas później pojawiły się kurcze powiek. Występowały one po dowolnem zamykaniu powiek i były tak silne, że chory nie mógł przez około 30 sekund oczu otwierać.

Souques i Blamoutier przedstawiali chorego, — u którego przebycie zapalenia mózgu jest możliwe ale nie pewne — a u którego prócz innych rzadkich objawów jak tachypnoe, tachymikrografia, tachyphemia wystąpiło napadowe, powtarzające się kilkakrotnie w ciągu dnia zamykanie powiek. Przez kilka minut oczy pozostawały zamknięte. Potarcie palcem powieki koło zewnętrznego kąta oka ułatwiało otwarcie oczu.

Ogłoszony przez Cantaloube'a chory z parkinsonizmem mógł otwierać oczy tylko po zawołaniu „ma mère".

W przypadku Lemos'a (cyt. Alpers-Patten) istniały obok objawów parkinsonizmu skurcze innych grup mięśniowych i skurcze powiek.

Paulian (cyt. Alpers-Patten) ogłosił 4 przypadki skurczów w powiekach. W pierwszym pojawiły się w dwa tygodnie po ostrem śpiączkowem zapaleniu mózgu spazmy powiek, trwające około 1 min. połączone z rytmicznymi ruchami powiek, nadto inne objawy jak drżenie, zaburzenia oddechowe. Drugi przypadek wykazywał prócz parkinsonizmu dwa objawy ze strony mięśni oczu i powiek, mianowicie albo pojawiał się silny skurcz powiek — chory wtedy nie mógł otworzyć oczu dopóki skurcz nie minął — albo występowały napady uniesienia gałki ocznej wraz z powieką ku górze. W trzecim przypadku objawy były podobne. Czwarty chory na polecenie zamknięcia oczu czynił to z łatwością, ale powieki popadały w skurcz tężcowy, trwający minutę lub dłużej, dopiero po zwolnieniu skurczu chory mógł otworzyć oczy.

Ostatnio autorowie angielscy Alpers i Patten opisali chorego z parkinsonizmem i objawami zajęcia dróg piramidowych, u którego występowały skurcze toniczne obu powiek, trwające $^1/_2$ do 2 minut, powtarzające się do 25 razy w ciągu dnia. Skurcze te nazwali „Paroxysmal spasm of the eyelids". Wszystkie te objawy wystąpiły w trzy lata po ostrym okresie nagminnego zapalenia mózgu. Kurcze powiek były tak silne, że w czasie ich trwania chory nie był w stanie otworzyć oczu. Po pewnym czasie nauczył się otwierać zaciśnięte powieki przez przesunięcie palcem ku górze lewej brwi; wtedy po kilku sekundach otwierało się lewe oko a z niem i prawe. Chory podnosił tak zwykle lewą powiekę, gdyż ta mniej silnie była zaciśnięta niż prawa.

Przypadek obserwowany w tutejszej klinice dotyczy 20-letniego osobnika. Wywiady rodzinne bez znaczenia. W dzieciństwie przebył odrę, ospę wietrzną, płonicę. Potem był zdrów. W marcu 1920 r. pozostawał w obserwacji ambulatoryjnej tutejszej kliniki z powodu nagminnego zapalenia mózgu z objawami: gorączką, bólami głowy, łamaniem w kończynach, ślinotokiem, bezsennością, przejściowem podwójnem widzeniem, upośledzoną reakcją źrenic na światło i akomodację. Chorował wtedy przez trzy miesiące. Potem czuł się zupełnie zdrów, poza lekkim ślinotokiem nie miał żadnych dolegliwości.

Do kliniki zgłosił się ponownie 10. I. 1927 z powodu tego, że od 4 tygodni, — a więc w 7 lat po ostrym okresie choroby — wystąpiło ciągłe zamykanie powiek, powtarzające się co kilka minut tak, że przez dłuższą chwilę oczy miewał zamknięte. Bólów żadnych w oczach nie miał, odczuwał to zamykanie powiek jako wielką przykrość, przeszkadzało mu ono w czytaniu, pragnął się z tego wyleczyć. Poza lekkim bólem w okolicy czoła i uczuciem „ciągnienia" w nogach nie skarżył się na nic więcej. Przedmiotowo stwierdzono: przymusowe zamykanie i zaciskanie powiek powtarzające się co $^1/_2$ do 2 minut, przyczem obraz tych ruchów powiek w kilku odmianach stale się powtarzał. Przy dokładnej obserwacji można stwierdzić następujące odmiany kurczów: czoło, często — ale nie stale — ma chory zmarszczone, wydatniej w prawej połowie. W pewnej chwili powieki powoli opadają, obie równo-



Ryc. 1.



Ryc. 2.



Ryc. 3.

cześnie, albo naprzód jedna potem druga. Przez chwilę oczy pozostają zamknięte (jakby chory spał). Chory próbuje je otworzyć, zwykle marszczy przytem silniej czoło, brwi podnosi w górę, po dłuższej chwili z trudem otwiera oczy, równocześnie, lub naprzód jedno potem drugie. Innym razem: szpary powiekowe zwężają się powoli skutkiem opadania powiek, lewe oko zamyka się zupełnie, prawa połowa czoła silniej zmarszczona niż lewa, lewa brew się obniża. W dalszym ciągu zamyka się prawe oko. Po chwili prawe oko się otwiera, równocześnie lewe oko silniej się zaciska. W tym momencie: prawa połowa czoła zmarszczona, brew podniesiona w górę, lewa brew obniżona, lewa połowa czoła wygładzona, lewy mięsień okrężny oka w skurczu tonicznym. Tworzy się skośna bruzda u nasady nosa, fałd nosopoliczkowy lewy pogłębiony, lewy kąt ust lekko uniesiony do góry. Po kilkunastu sekundach znika skurcz lewej powieki, obie brwi podnoszą się w górę, całe czoło się marszczy, lewe oko otwiera się, przyczem widoczny jest w pierwszej chwili objaw Bella po stronie lewej. Po chwili oczy są już otwarte. Odtąd albo jeszcze kilkakrotnie w powolnem tempie powtarza się skurcz lewej powieki w powyżej opisany sposób, albo

w czasie skurczu powoli otwiera się i zamyka prawe oko, albo skurcz m. okrężnego oka występuje obustronnie. Równocześnie z zaciskaniem się powiek widać pod zamkniętemi powiekami przesuwanie się gałek ocznych ku wewnątrz i przy otwieraniu oczu ruch gałek na zewnątrz i w górę. Takie zamykanie i zaciskanie oczu powtarza sie ciągle, zachodzi tylko pewna różnica co do trwania jakoteż kolejności poszczególnych faz.

W ciągu dnia miewa chory okresy kilkunastominutowe, nawet i dłuższe wolne zupełnie od ruchów przymusowych powiek. W czasie snu skurczów niema.

Między napadami stwierdza się: bardzo nieznaczny ale stały skurcz lewej powieki widoczny koło wewnętrznego kąta oka. Dowolna innerwacja wszystkich trzech gałązek n. twarzowego obustronnie dobra. Ruchomość gałek ocznych prawidłowa, bez oczopląsu. Źrenice okrągłe, nierówne, leniwa reakcja na światło, upośledzona na akomodację. Nieco żywsze odruchy kończyny dolnej lewej. Odczyn Wassermanna we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego ujemne.

Druga obserwacja dotyczy 22-letniego mężczyzny, przeniesionego z kliniki okulistycznej, dokąd zgłosił się z powodu skurczów powiek. Chory podaje, że w roku 1924-tym przeszedł śpiączkę ze wzmożoną sennością, która utrzymywała się kilka tygodni, z podwójnem widzeniem i ślinotokiem. Do tych objawów dołączyło się mruganie powiek, powtarzające się wiele razy w ciągu dnia, zwłaszcza gdy chory żywiej się czemś zajmował lub gdy wpatrywał się w jakiś przedmiot. W spokoju, podczas czytania, gdy nie zmieniał kierunku patrzenia, mrugania nie miał; ustępowało ono też po przetarciu ręką oczu. Chory miał wtedy uczucie, że „czołem przytrzymuje powieki", które skutkiem tego nie opadają całkowicie. Podczas gdy objawy chorobowe inne ustąpiły w ciągu kilku tygodni, to objawy ze strony powiek utrzymywały się dalej. Od wiosny 1927 r. zmieniły się o tyle, że mruganie ustąpiło miejsca opadaniu powiek, których chory nie mógł podnieść tak, że przez 2—3 minut musiał mieć oczy zamknięte. Często opadnięte powieki silniej się zaciskały, przez kilka minut trwał skurcz tężcowy mięśni okrężnych oczu, poczem nagle znikał. To zamykanie oczu powtarzało się co kilka minut. Gdy chory miał wzrok ustalony np. przy czytaniu, wtedy przez dłuższy czas oczy sie nie zamykały, natomiast po skierowaniu wzroku na inny przedmiot powieki opadały. Początkowo udawało się choremu po kilkakrotnych próbach przy pomocy uniesienia czoła z wysiłkiem otwierać oczy, później jednak i to nie pomagało, chory miał uczucie jakby skóra na czole była za długa i dlatego zmarszczenie jej nie wystarczało do otwarcia oczu. Nauczył się więc pomagać sobie ręcznie przez „masaż" brwi palcami. Zamykanie oczu występowało niezależnie od pory dnia, niezależnie od światła i ciemności, znikało we śnie.

Przedmiotowo stwierdzono u chorego: opadnięcie lewej górnej powieki (od urodzenia). Przy szybkiem skierowaniu gałek ocznych na boki oczopląs. Ruchomość gałek ocznych prawidłowa. Prawidłowa dowolna innerwacja i pobudliwość elektryczna mięśni twarzy. Na dnie oka prawego objawy neuritis. Pozatem ujemny stan neurologiczny. Brak objawów parkinsonizmu. W płynie mózgowo-rdzeniowym: 7/3 limfocytów. Pandy +. Odczyn ze złotem koloidowem wykazał odbarwienie w lewej połowie do drugiego i trzeciego stopnia.

Przy kilkunastuminutowem oglądaniu chorego widać jak od czasu do czasu opadają górne powieki, chory marszczy wtedy silnie czoło i wysila się aby otworzyć oczy, przyczem nieraz otwiera usta. Po kilku takich próbach w ciągu kilkunastu sekund oczy się otwierają. Często po opadnięciu powiek występuje nadto skurcz mięśni okrężnych oczu, trwający 1—2 minut, po którym to czasie kurcz ten nie maleje lecz znika nagle. To zamykanie i zaciskanie powiek powtarza się stale jednakowo w krótkich przerwach. Sposób, którego używa chory dla otwarcia oczu polega na silnem pocieraniu górnego brzegu oczodołu z unoszeniem brwi w górę i równoczesnem ściąganiem dolnej powieki w dół. Po kilku sekundach takiego pocierania nagle przestaje chory „masować", czując, że skurcz zaraz minie, w następnej chwili oczy szybko się otwierają. Niekiedy to pocieranie trwa tak krótko, że ma się wrażenie, iż samo dotknięcie palcem wystarcza do otwarcia powiek. Druga osoba może też przez krótkie przesunięcie palcem po górnym brzegu oczodołu przerwać skurcz.

Jak widać z powyższego opisu mamy tu do czynienia z objawami analogicznymi jak w pierwszym przypadku, t. j. ruchami przymusowymi powiek u chorego z przebytą śpiączką.

Przy dokładnej obserwacji ruchów mimowolnych w pierwszym przypadku, zwracają uwagę pewne szczegóły charakterystyczne. Ruch przymusowy dotyczy głównie dwu mięśni, a to: mięśnia unoszącego powiekę i mięśnia okrężnego oka, w których to mięśniach ruchy mimowolne występują najwyraźniej i najczęściej. Mięśnie czoła odgrywają również pewną, jednak mniejszą rolę. Efektem każdego takiego ruchu mimowolnego jest zamknięcie szpary powiekowej, co przychodzi do skutku albo przez samo opadanie powiek, albo przez opadanie powiek wraz ze skurczem mięśni oczu, przyczem jednak ta druga składowa ruchu nigdy nie przychodzi do skutku bez pierwszej. Mamy więc zwolnienie napięcia mięśnia unoszącego powiekę a skurcz — i to skurcz tężcowy — w mięśniach okrężnych oczu. Nie zdarza się natomiast nigdy kurcz mięśnia unoszącego powiekę i zwiotczenie (hypotonia) m. okreżnego oka, czyli nie przychodzi nigdy do patologicznego rozwarcia szpary powiekowej względnie do niemożności zamknięcia oczu. Cechą charakterystyczną dla skurczów w mięśniach okrężnych oczu jest tężcowe



Ryc. 4.



Ryc. 5.



Ryc. 6.

przetrwanie skurczu do kilkunastu lub kilkudziesięciu sekund, często nagłe znikanie ich po tym czasie. Marszczenie czoła, unoszenie brwi jest ruchem raczej dowolnym, pomocniczym dla otwarcia oczu. Ruchy gałek ocznych są ruchami skojarzonymi z zamykaniem i otwieraniem oczu. Przymusowe zamykanie i zaciskanie powiek odbywa się za każdym razem w tempie bardzo powolnem, najczęściej nie równocześnie na obu oczach, powtarza się w krótkich naogół, nieregularnych odstępach czasu, w sposób stały ale nieidentyczny (pewną różnicę co do kolejności, trwania i powtarzania się skurczów w zajętych mięśniach w obrębie jednego pełnego ruchu, zauważa się przy oglądaniu kilku po sobie następujących ruchów). Dalszym szczegółem ważnym jest znikanie ruchów we śnie, ustępowanie nawet nieraz na kilka godzin w zupełnym spokoju, niezależność ich od afektów.

U drugiego chorego, podobnie jak w pierwszym przypadku ruchy przymusowe w powiekach dawały prostszy obraz. Zamykanie oczu polegało nie tylko na równoczesnem opadaniu ale i zaciskaniu powiek. Na pierwszy plan wysuwa się jako cecha charakterystyczna tężcowy skurcz mięśni okrężnych oczu bez tej rozmaitości jaką spostrzegaliśmy u pierwszego chorego. W drugim przypadku też spostrzegano trwanie długie skurczów i nastepowe szybkie ich znikanie; chory umiał — przy użyciu specjalnie przez siebie wypróbowanego chwytu — zwalniać skurcz powiek. Ruchy przymusowe znikały we śnie. Naogół w drugim przypadku całość stanu chorobowego tworzyła część cech charakterystycznych obserwowanych w przypadku pierwszym. Tu przeważają spazmy tam ruchy.

Nie ulega wątpliwości, że w obu przypadkach mamy do czynienia z hyperkinezą postencephalityczną, za czem przemawia przebyte śpiączkowe zapalenie mózgu. Nieuzasadnionem byłoby doszukiwanie się innej przyczyny chorobowej, gdy ta jest i najbliższa i najprawdopodobniejsza. Bez dokładniejszego różniczkowania można wykluczyć tic, spasme facial. Objawy u naszych chorych podobne są bardzo do opisanego przez Rochon-Duvigneaud blépharospasme i „spasme facial médian" Meige'a polegającego na kurczach w mięśniach okrężnych oczu z udziałem innych mięśni twarzy, leżących przy linji środkowej (stąd nazwa). Przyczynę tej choroby lokalizuje autor w mesencephalon.

W rozpoznaniu nie może wchodzić też w grę tło funkcjonalne dla braku jakichkolwiek objawów i stigmatów hysterycznych, jak i ze względu na sam charakter ruchów.

Włączając opisane ruchy przymusowe w powiekach do grupy hyperkinez pośpiączkowych nie potrafimy ich całkiem dokładnie zróżniczkować ani zlokalizować. Klinicznie są one czemś pośredniem między kurczami a powolnymi ruchami atetotycznymi. Z samej obserwacji klinicznej wnioskować można — nie przesądzając gdzie i jakie ośrodki czy drogi zostały uszkodzone — że zmiana chorobowa dotyczy bardzo małej przestrzeni, że mamy do czynienia z drobnem ogniskiem. Naruszony jest centralny mechanizm aparatu ruchowego powiek przy nieuszkodzonych mięśniach i zaopatrujących je nerwach (dowolna funkcja nerwu okoruchowego i twarzowego i odnośnych mięśni jest niezmieniona). Wiadome jest, że wszelkiego rodzaju hyperkinezy bądź uogólnione, bądź ograniczone do pewnych grup mięśniowych są wyrazem zmian toczących się w jądrach u podstawy mózgu. W którym ze zwojów podstawowych lokalizuje się obserwowany objaw trudno rozstrzygnąć, przy braku dotąd zupełnie pewnych danych o ruchach pozapiramidowych. Hypotetyczne rozumowanie nie rozwiąże pytania, na które można będzie znaleść odpowiedź dopiero w preparatach histologicznych. Ogłoszenie takich nieczęstych obserwacyj klinicznych, przy braku przypadków sekcyjnych ma znaczenie narazie tylko dla symptomatologji hyperkinez postencephalitycznych. Nasze przypadki zasługują tem bardziej na uwagę, że u tych chorych poza ruchami mimowolnymi w powiekach nie było ani parkinsonizmu, ani zmian psychicznych postencephalitycznych, niezwykle rzadki jest też fakt wystąpienia opisanych objawów po 7-letnim okresie wolnym od dolegliwości podmiotowych.

Niezależnie od przymusowych ruchów pośpiączkowych obserwowano u drugiego chorego inny jeszcze objaw. Istniał u niego współruch polegający na podnoszeniu i opuszczaniu lewej górnej powieki — od urodzenia opadniętej — równoczasowo z ruchami żuchwy. Gdy chory jadł względnie tylko wykonywał ruchy żwania, otwierało się do normalnej szerokości lewe oko, przysłonięte zwykle opadniętą powieką. Im szerzej chory otwierał usta, tem szerzej otwierało się lewe oko. W prawem oku żadnych współruchów widać nie było. Także wysunięcie żuchwy do przodu i przesunięcie jej w prawo wywoływało rozszerzenie lewej szpary powiekowej. Ruchy w mięśniach twarzy bez równoczesnych ruchów szczęką objawu tego nie dawały. Żadnym innym sposobem nie udawało się wywołać ruchów w lewej powiece (poza dowolnem zamykaniem).

Synkineza górnej powieki z ruchami żuchwy, opisany w r. 1883. Marcus Gunn Phenomen angielski Jaw-winking spotyka się naogół rzadko. Objaw ten nie wywołuje żadnych dolegliwości, nie przeszkadza zupełnie osobnikowi u którego występuje, nie jest powodem szukania porady lekarskiej. Nasz chory też nie z tego powodu znalazł się w klinice, synkineza była objawem spostrzeganym ubocznie. Souques w r. 1909 zebrał w piśmiennictwie około 40 opisów tego objawu, później notowane są tylko tu i ówdzie analogiczne przypadki. Prawdopodobnie chodzi tu o anomalję anatomiczną w unerwieniu mięśnia podnoszącego górną powiekę przez włókna motoryczne nerwu trójdzielnego. Jest to połączenie albo centralne albo obwodowe, najbliższą byłaby gałązka dla *musculus pterygoideus externus*, gdyż przedewszystkiem ruchy w tym mięśniu kojarzą się z ruchem powieki.

Piśmiennictwo.

Alpers-Patten: Paroxysmal spasm of Eyelids. Archives of Neur. a. Psych. 18, 1927. — Cantaloube: Syncinésies chez le Parkinsonien. Revue neur. Tome I, Nr. 1. 112, 1924. — Guillain: Contracture spasmodique des Paupières provoquée par l'occlusion volontaire des yeux. Revue neur. Nr. 1, 77, 1922. — Cantonnet et Vincent: Spasmes et tics des paupières. Revue neur. Tome 1, Nr. 5, 680, 1926. — Meige: Les convulsions de la face. Revue neur. II, Nr. 21, 437, 1910. — Rochon-Duvigneaud et Weill: Blépharospasme. Revue neur. Nr. 24, 1926, 1907. — Souques et Blamoutier: Syndrome Strié probable: Spasmes de la face avec Tachyphémie, tachymicrographie et tachypnée. Revue neur. Tome II. Nr. 1, 43, 1923. — Souques: Mouvements d'élévation de la Paupière sup. associés aux mouvements d'abaissement de la Machoire. Revue neur. Nr. 10, 655, 1909.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Henryka GOTTLIEBOWA. Kraków.

Psychoanaliza i psychoterapja w ginekologji.

Wygłoszono na Zjeździe Ginekologów Polskich w Poznaniu dnia 29 maja 1928 r.

W medycynie przednaukowej, kiedy chorobę pojmowano, jako dzieło złego lub rozgniewanego bóstwa, w medycynie Hipokratesa, który przyczynę choroby widział w nieodpowiedniej mieszaninie soków ustroju, wreszcie we wszystkich późniejszych szkołach i systemach lekarskich do końca XVIII wieku, czynnik psychiczny odgrywał w lecznictwie ważną bardzo rolę.

Dopiero w początkach XIX wieku wraz ze zmianą poglądów na istotę choroby, zmienia się również kierunek lecznictwa. Pod wpływem licznych prac anatomo-patologicznych ustala się zasada, że istotę każdej choroby stanowią zmiany anatomiczne w narządach i tkankach, *zaburzenia zaś czynności* są tylko, bezpośrednim lub pośrednim następstwem zmian anatomicznych w ustroju.

Anatomo-patologiczne pojęcie choroby wysuwa czynnik materjalny lecznictwa na pierwszy plan. Lekarz staje się uczonym przyrodnikiem, przygląda się i bada chorobę, jako zjawisko przyrodnicze, pozostawiając najczęściej sprawę leczenia siłom natury; wychodzi bowiem z założenia, że środki lecznicze, farmaceutyczne, zmian anatomicznych, nie są w stanie usunąć.

Ten nihilizm leczniczy sprzeciwiał się zadaniom medycyny praktycznej, powołanej do niesienia pomocy chorym i leczenia ich, dlatego już w połowie XIX wieku daje się zauważyć odruch, powstaje leczenie t. zw. *racjonalne*, wyrozumowane, którego istota polega na stosowaniu środków leczniczych, mających naukowe a więc anatomo-patologiczne uzasadnienie, psychoterapja zaś jako czynnik leczniczy nadal nie była brana pod uwagę, ponieważ naukowego dla niej uzasadnienia nie widziano.

Doktryna medycyny, jako nauki czysto przyrodniczej, a lekarza jako *jedynie* przyrodnika przetrwała bez istotnych zmian do czasów ostatnich.

Dopiero wyniki najnowszych badań naukowych obudziły znowu zaciekawienie medycyny dla jej strony filozoficznej i skierowały uwagę na wzajemny stosunek ciała i duszy. Psychofizyczną bowiem zależność potwierdziły zarówno badania biologiczne jak psychologiczne.

Fizjologja doświadczalna gruczołów dokrewnych wykazała między innemi wpływ hormonów na charakter i usposobienie człowieka.

Znane zaś badania Pawłowa na psach potwierdziły odwrotnie: wpływ psychiczny na czynność wydzielniczą przewodu pokarmowego t. j. na ilość i jakość wydzielanych soków trawiennych.

Badania z dziedziny psychologji wykazały podobnie psychologiczną korelację ustroju. Kretschmer w pracy swej: „Körperbau u. Charakter" rozróżnia dwa zasadnicze typy psychiczne t. zw. cyklothymików i schizothymików. Każdemu z tych typów psychicznych odpowiada w myśl doświadczeń Kretschmera właściwy mu typ pod względem budowy ciała.

Cyklothymicy — ludzie pogodni, optymiści, zrównoważeni mają budowę ciała o cechach kobiecych, *schizothymicy* zaś — ludzie, którzy psychicznie tak jednolitego typu nie wykazują, różnią się jednak pod każdym względem duchowo — od cyklothymików — mają budowę ciała o typie męskim.

W dziedzinie patologji, badania etjologiczne niektórych chorób jak n. p. sclerosis multiplex disseminata, moczówki cukrowej, choroby Basedowa, wykazują, że często jedynym, dającym się stwierdzić czynnikiem poprzedzającym wystąpienie objawów chorobowych — są wstrząsy psychiczne lub ciężkie zmartwienia.

Spostrzeżenia w zakresie chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych, wykazały wpływ psychiczny na przebieg, leczenie a nawet jak to w czasach epidemij zauważono — na wystąpienie choroby.

Tak więc czynnik psychiczny, zlekceważony w lecznictwie przez medycynę anatomo-patologiczną zdobywać zaczyna właściwe mu znaczenie, psychoterapja zaś stała się dziś środkiem leczniczym aktualnym we wszystkich dziedzinach medycyny praktycznej.

W ginekologji, jako nauce o chorobach organów płciowych kobiety, psychoterapja ma doniosłe bardzo znaczenie, przedewszystkiem dlatego, że życie płciowe człowieka, znajduje się w ścisłej korelacji z jego życiem duchowem, powtóre dlatego, że osobnik chory szukający pomocy ginekologji, to zawsze kobieta. Jej bowiem wrażliwa organizacja psychiczna — biogenetycznie uzasadniona; jej zawiłe życie płciowe, z miesiączkowaniem na czele, które mniej więcej od 12-tego roku życia co cztery tygodnie sprowadza w ustroju jej stany patologiczne, trudna i odpowiedzialna rola w naturze, hodowania w łonie i rodzenia potomstwa; kolizja interesów osobistych zmysłowych kobiety, z dobrem rodziny, jako jednostki społecznej — ciężkie w dzisiejszych czasach warunki ekonomiczne, zmuszające najczęściej kobietę do pracy zarobkowej poza domem i zarządzania gospodarstwem oraz wychowania dzieci — wszystko to razem stanowi brzemię, pod którego ciężarem załamuje się życie psychiczne kobiety częściej niż mężczyzny. Konflikty powstające w duszy kobiety z przyczyn wymienionych bywają ośrodkiem wyjścia czynnościowych zaburzeń ustroju, często właśnie sadowiących się w jej organach płciowych.

Usadowienie to ma swe fizjologiczne uzasadnienie; jak bowiem Tigerstaed zauważa, skupienie uwagi naszej na jakiejkolwiek części ciała, wywołać może w tem miejscu sensacje, których nie spostrzegamy, jeżeli uwagi naszej tam nie zwrócimy. Sensacje te powstają zdaniem Tigerstaeda z powodu rozkurczu naczyń podczas systoli, przylegania ubrań i t. p.

Uwzględniając okoliczność, że już fizjologiczne czynności narządów płciowych kobiety, skupiać muszą jej uwagę na tych narządach, a uczucia trwogi, oczekiwania, radości, swobody osobistej, związane są z ich czynnością — usadowienie to jest wytłumaczone. Autorzy niemieccy Walterd, Füth, Liepmann stwierdzają, że cierpienia ginekologiczne należy zawsze rozpatrywać przedewszystkiem pod kątem widzenia psychologicznego, wyrażają oni przekonanie, że z czasem nauka ginekologji stanie się nauką o psychofizycznych dynamizmach kobiecych.

Waltard pierwszy, stworzył w Frankfurcie oddział psychologiczno-ginekologiczny i do lecznictwa w ginekologji wprowadził psychoterapję. Sellheim, Füth, Liepmann, Mathes, Mayer i Kehrer są rzecznikami tego kierunku lecznictwa w ginekologji. W podręczniku „Gynäkologische Psychotherapie" stwierdza Liepmann, że liczne zaburzenia ginekologiczne są w 80% przypadków pochodzenia psychicznego. Na pierwszym miejscu wylicza on *Fluor albus*. Jego badania wykazały, że objaw ten ma przyczynę przeważnie psychogeniczną. Mianowicie podświadome czynniki mają na drodze odruchowej pobudzać gruczoły pochwy i szyjki do wzmożonego wydzielania. Liepmann otrzymywał drogą sugestji fluor u osób zupełnie zdrowych. *Metropathia haemorrhagica* — choroba z którą spotykamy się często u kobiet w okresie zbliżającego się klimakterjum, przekrwienie macicy, prowadzące tu do przerostu i zgrubienia ścian jest często psychogeniczne i powstawać ma drogą tych samych mechanizmów, które wywołują rumieniec na twarzy pod wpływem wzruszenia lub rozdrażnienia psychicznego.

Amenorrhoe psychiczna — powstaje zawsze jako odczyn na bodziec psychiczny — najczęściej z powodu obawy ciąży. Miesiączka zazwyczaj wraca, jak tylko chora upewni się, że nie jest w ciąży.

Grossesse nerveuse — pod wpływem czynników psychicznych jak n. p. gorącego pragnienia ciąży — powstaje szereg objawów somatycznych, przypominających obraz prawdziwej ciąży.

Kehrer w monografji swej o przyczynach bezpłodności stwierdza, że tak zw. dyspareunia t. j. brak orgazmu może stać się przyczyną licznych zaburzeń w narządach płciowych. Obok bezpłodności, wylicza wiele jednostek chorobowych jak n. p. hipersekrecja gruczołów pochwy i szyjki, metritis, salpingitis i wiele innych. Wszystkie te zaburzenia powstawać mają wskutek zmiany krążenia krwi i limfy w miednicy małej wywołanej dyspareunią.

W przypadkach tych zaburzeń wymienieni autorzy stosują psychoterapję jako środek przyczynowy z bardzo dobrym wynikiem.

Psychoterapja — ten pozornie łatwy i mało odpowiedzialny zabieg leczniczy przedstawia dla lekarza praktyka, najlepiej skądinąd do zawodu przygotowanego trudności znaczne, i nie bez przyczyny.

Wiemy dobrze, iż poznanie zjawisk patologicznych organizmu badanego, zrozumienie mechanizmu ich powstawania i leczenia staje się dostępne dla tego przedewszystkiem, kto poznał prawa życia normalnego. Dlatego też naukę o patologji i terapji ustroju ludzkiego, poprzedzają zawsze systematyczne studja biologji, anatomji i fizjologji ciała.

Jeżeli zastosujemy te same kategorje myślenia do zjawisk patologicznych życia psychicznego, a mamy do tego prawo, to stwierdzić musimy, że braki w przygotowaniu wstępnem psychologicznem — utrudniają nam w znacznem stopniu zrozumienie psycho-patologji, jak również właściwe stosowanie psychoterapji. Lekarz stosując psychoterapję, nienależycie w tym kierunku przygotowany kieruje się najczęściej tylko dobrą wolą i intuicją i choć są to czynniki bardzo cenne, zazwyczaj jednak nie wystarczają.

Koniecznej podstawy naukowej, któraby dała możność lekarzowi wniknąć w istotę zaburzeń psychicznych, któraby pozwoliła zrozumieć mechanizm tych zaburzeń — lekarz praktyk najczęściej nie posiada.

Jednym z najcenniejszych środków, które do celu tego prowadzą, to metoda analitycznego badania zjawisk psychicznych t. zw. psychoanaliza.

Metoda ta mało jest u nas znana, zwłaszcza wśród lekarzy nie zajmujących się neurologją i psychjatrją. Omówienie zasad psychoterapji do którego zmierzam, poprzedzę dlatego skreśleniem w najogólniejszych zarysach istoty i dziejów powstania psychoanalizy.

Jej twórcą, jak wszystkim wiadomo jest Freud. O wielkiej roli, jaką odegrać miał w dziejach rozwoju nauk psychologicznych zadecydował przypadek. Mianowicie znany lekarz wiedeński Breuer opowiedział Freudowi historję interesującego przypadku histerji wyleczonego za pomocą hipnozy. Chora cierpiała od szeregu lat na porażenia kończyn górnych i dolnych, duszność, utrudnienia w połykaniu i t. d. Wszelkie środki zawodziły, wreszcie stosując hipnozę zauważył Breuer, że chora w śnie hipnotycznym opisuje sceny i fakty ze swego życia o których na jawie nie wiedziała. Zbudzona z hipnozy i poinformowana o szczegółach zwierzeń ku zdziwieniu Breuera, wszelkie tak dotąd uporczywe objawy chorobowe stopniowo traciła.

Przypadek ten ciekawił bardzo Freuda, postanowił również stosować u swych chorych hipnozę. Początkowo wspólnie z Breuerem leczone przypadki, potwierdziły w zupełności spostrzeżenia Breuera. Chorzy wprowadzeni w sen hipnotyczny, z nakazu hipnotyzera opowiadali dzieje swych przeżyć, zwłaszcza z dzieciństwa, poinformowani po zbudzeniu się o treści ich wynurzeń — tracili objawy chorobowe.

Freud postanowił wyśledzić, jaki jest związek przyczynowy między owemi przeżyciami chorego, znanemi mu tylko w hipnozie, a ich objawami chorobowemi.

Hipnozę jako środek często zawodzący postanowił Freud zastąpić inną metodą, którą to zdecydował się odszukać.

Pierwsze próby polegały na tem, że chorego ułożonego w spokoju — zmuszał natarczywie, by ten przypomniał sobie cośkolwiek z życia, co mogłoby mieć związek z obecną chorobą. Freud zauważył bowiem niejednokrotnie, że szczegóły które pozornie były przez niego zapomniane — przypominały mu się, skoro się wysilił, by je sobie przypomnieć.

Jego chorzy, początkowo z wielkim trudem, żądaniom tym zadość mogli uczynić, powoli jednak przypominali sobie szczegóły z życia, sięgające najczęściej do okresu najwcześniejszego dzieciństwa. Freud, otrzymawszy w ten sposób materjał, zbierał i notował; z czasem technikę badania zmienił, zastępując sposób poprzednio opisany — metodą swobodnego kojarzenia myśli, polegającej na tem, że badany odpowiada, na rzucone mu słowo lub myśl, bez zastanawiania się t. j. z wyłączeniem krytycznego myślenia, to, co mu się bezpośrednio na myśl nasuwa.

Dziesięć lat zbierał Freud materjał, który miał mu służyć do zbudowania nowych prawd.

I z tych pozornie chaotycznych wiadomości, zbieranych wyżej opisanemi sposobami, z obserwacji zjawisk psychicznych, życia codziennego i na podstawie wyczerpujących studjów nad istotą marzeń sennych — genjalny i twórczy umysł Freuda zbudował teorję, która w dziejach psychologji, takiem stała się zdarzeniem, jakiem była teorja Darwina w dziedzinie nauk przyrodniczych.

Freud stwierdził bowiem, że życiem psychicznem rządzą tesame prawa, co życiem organicznem, *niema przypadku*, że zatem każden objaw psychiczny, ma nietylko swą przyczynę, ale i genezę powstania. Dzięki temu genetycznemu ujęciu zjawisk życia psychicznego, Freud dostrzegł to, czego nikt przed nim nie widział t. j. ewolucję życia psychicznego.

I jak ewolucjoniści życia organicznego Lamark i Darwin, śledząc genealogję człowieka, tego najwyżej uorganizowanego stworzenia — aż do jednokomórkowego pierwotniaka, wykazali jej drabinę rozwojową i poszczególne formy przeobrażeń, tak samo Freud, śledząc życie psychiczne od jego najwyższych, świadomych przejawów, aż do instynktu, tego pierwotnego źródła energji psychicz-

nej — wykazał linję rozwojową i poszczególne formy przeobrażeń życia psychicznego.

Freud stwierdził, że energja psychiczna jest podobnie, jak energja fizyczna, niezniszczalna, że zupełnego zapomnienia dusza ludzka nie zna i wszystko cokolwiek zrodziło się w niej od najwcześniejszego już dzieciństwa — przechowuje się przez cały ciąg jej życia.

Śledząc linję rozwojową życia psychicznego, Freud przeniknął głąb duszy ludzkiej, sięgnął do jej dna i stwierdził, że życie psychiczne *świadome* jest zaledwie *cząstką całego* życia duchowego; bogatsze i żywotniejsze jest życie psychiczne *podświadome*. Ono jest jakgdyby zbiornikiem, w którym gromadzi się energja psychiczna od najwcześniejszego dzieciństwa, w niem żyją niezaspokojone pragnienia, w niem przechowują się ślady nietylko ontogenetycznego rozwoju psychicznego ale i filogenetycznego. Freud wykazał bowiem analogję w sposobie symbolicznego wypowiadania myśli *człowieka pierwotnego* i w marzeniach sennych oraz w psychoneurozach, posługujących się również symboliczną formą wypowiadania się. Życie psychiczne świadome znajduje się według teorji Freuda pod nakazem licznych obowiązków, które człowiek spełniać musi, jako członek zorganizowanego społeczeństwa już od początków swego życia. Wychowanie kształci go w myśl pewnego ideału, wzorowanego na panującej etyce i religii. W duszy człowieka powstaje pewien *ideał*, strzeżony przez cenzurę, która *tłumi* każdą myśl lub uczucie niezgodne z wytworzonym ideałem. Stłumione uczucia *nie znikają*, znajdują się one w podświadomości, stanowiąc czynną energję psychiczną, skłonną do ujawniania się.

W pewnych warunkach życia psychicznego udaje im się dotrzeć do świadomości, są one sprzeczne zawsze prawie z ideałem jaźni, dlatego ujawniają się w formie zmienionej, symbolicznej, w celu zmylenia cenzury stale czuwającej nad świadomością.

Podświadome myśli spotykamy naprzykład w roztargnieniu jako t. zw. *pomyłki czynnościowe* (Fehlleistungen) jak: niewłaściwe powtórzenie znanego wyrazu, w pomyłkach czytania, pisania w zapominaniu dobrze znanych nazw, imion i t. d. Pomyłki te zdaniem Freuda nie są przypadkowe — podyktowane podświadomą myślą, zdradzają one zawsze istotne intencje mylącego się.

W marzeniach sennych ujawniają się również pragnienia i myśli *podświadome*. We śnie cenzura świadomości jest znacznie osłabiona, dlatego łatwiej przekradają się do świadomości pragnienia tłumione, podświadome. Ażeby zmylić osłabioną cenzurę, pragnienia te przyjmują formę symboliczną. Dlatego istotna treść marzeń sennych zrozumiałą staje się dopiero po umiejętnym jej odcyfrowaniu. Freud porównywa marzenia senne z rebusem: połączenie poszczególnych zgłosek i obrazów na które składa się rebus dają razem tylko logiczną całość. Wreszcie podświadome myśli ujawniają się w najbliżej nas tu obchodzących objawach chorobowych neuroz i psychoneuroz. Geneza i mechanizm tworzenia się tych objawów stają się zrozumiałe przez poznanie teorji Freuda dotyczącej rozwoju instynktu seksualnego człowieka: według Freuda bowiem neurozy i psypchoneurozy są w przyczynowym związku z życiem seksyalnem chorego.

Ten sam *genetyczny pogląd*, który stał się punktem wyjścia badań Freuda nad zjawiskami życia psychicznego — zastosował Freud do instynktu seksualnego i stwierdził, że z instynktem seksualnym przychodzi dziecko na świat, tak samo, jak z instynktem samozachowawczym. Ujawnia się on w innej niż u dorosłego człowieka formie; dziecko jest *autoerotyczne*, szuka zaspokojenia swych potrzeb seksualnych w obrębie pewnych *stref* swego ciała t. zn. zonae erotogenes. Między 2—3 rokiem życia budzą się w dziecku skłonności *biseksualne;* ostateczną genetyczną postacią instynktu seksualnego jest jego postać *genitalna*, która przypada dopiero na okres dojrzewania genitaliów i w tym też czasie popęd seksualny tam ma punkt wyjścia.

Wychowanie tłumi wzruszenia płciowe dziecka, które ujawniają się często w postaci niesfornych wybryków. Dziecko zdrowe podporządkowuje się rygorom wychowania; tłumione wzruszenia nie przestają jednak w duszy jego istnieć, stanowią one t. zw. kompleksy t. j. energję psychiczną, która wywiera wpływ swój na ukształtowanie się duszy człowieka. W procesie zaś powstawania objawów psychoneurozy odgrywają ważną bardzo rolę.

Popęd płciowy może w poszczególnych okresach swego rozwoju genetycznego ulec zahamowaniom lub zaburzeniom, nie dosięgając np. swej ostatecznej *genitalnej* postaci. Powstaje wówczas obraz seksualizmu *pozagenitalnego* t. j. potrzeba zaspakajania libido sexualis w postaci dziecięcej; jest to znana nienormalność płciowa: *perwersja*. Zaburzenia rozwojowe popędu płciowego mogą ujawnić się również w postaci *psychoneurozy*.

Jeżeli bowiem takiemu zahamowaniu w rozwoju popędu płciowego uległ człowiek, którego jaźń, popęd pozapłciowy *tłumi*, jako niezgodny z pojęciami etyki i prawa, a tłumienie to jest *niedostateczne* — to niedotłumione pragnienia, podobnie jak w marzeniach sennych przedostają się do świadomości, ale i tu w postaci zmienionej, symbolicznej; są to właśnie *objawy chorobowe* — psychoneuroz. Na zadane więc sobie pytanie, jaki jest przyczynowy związek między objawami chorobowemi histerji, a przeżyciami chorych z czasów dzieciństwa, znanemi im tylko w śnie hipnotycznym, znalazł Freud odpowiedź: objawy chorobowe są symbolem owych przeżyć. Znalazła się również odpowiedź na pytanie, dlaczego znikają objawy chorobowe, po ujawnieniu owych przeżyć? Chory bowiem z objawami psychoneurozy, dotknięty jest wadą rozwojową popędu płciowego. Pragnąc zaspokojenia swego libido *pozagenitalnego*, reprodukuje w swych objawach chorobowych *symbolicznie* swe przeżycia seksualne po to, aby pozostać one mogły dla cenzury świadomości — niezrozumiałe. Z chwilą ujawnienia znaczenia tych symboli, za pomocą hipnozy lub psychoanalizy, objawy chorobowe znikają, stają się bowiem bezcelowe.

Tak brzmi w schematycznem ujęciu, teorja Freuda o psychoneurozach. Te wielkie zdobycze wiedzy stworzyły dopiero podstawy psychologji lekarskiej. Umożliwiły one poznanie mechanizmów psychicznych zdrowej i chorej duszy, a psychoterapji wskazały jej właściwą drogę.

Psychoanaliza stosowana jako zabieg leczniczy — wymaga dużego doświadczenia lekarza i inteligencji chorego; technika tego zabiegu trudna, leczenie długie — dlatego zastosowania w szerokiej praktyce lekarskiej mieć nie może.

Niezmiernie atoli doniosłą jest wiedza psychoanalityczna dla każdego lekarza bez względu na jego specjalność dlatego, że z jej pomocą zdobywamy niejako klucz do duszy ludzkiej. Ona pozwala nam na lepsze i głębsze wyzyskanie rozmowy z chorym. Dzięki stosowaniu swobodnego kojarzenia myśli chorego i analizy jego marzeń sennych, udaje nam się wniknąć w głębsze, podświadome warstwy duszy chorego, w których kryje się najczęściej istotna przyczyna objawów chorobowych.

Częste zastosowanie w celowej psychoterapji ma hipnoza i suggestja. Środki te zaliczyć raczej można do rzędu środków psychoterapeutycznych, *objawowych*, które jako takie, oddają często znakomite usługi. Lekarz stosując hipnozę czy suggestję narzuca wolę swą choremu; ból zniknąć może pod wpływem tego leczenia, podobnie, jak usuwa się ból, za pomocą morfiny. Słusznie twierdzi Kronfeld, że środki te zmieniają tylko fasadę symptomatologiczną choroby nie wpływając na jej istotę.

Do rzędu środków psychoterapeutycznych przyczynowych należą obok psychoanalizy, która z wspomnianych przyczyn szerokiego zastosowania mieć nie może — kształcenie woli chorego, mające według Junga dużą wartość terapeutyczną. T. zw. „perswazja" stosowana przez Dubois, polega na przyjacielskich radach i tłumaczeniu choremu, znaczenia jego psychicznych konfliktów, przyczem chory powołany jest tu do czynnej współpracy, przy rozwiązywaniu jego konfliktów podświadomych. Adler, twórca indywidualnej psychologji, stwierdza, że wzmacnianie ducha chorego, który cierpi najczęściej na t. zw. „Minderwertigkeitsgefühl" i kształcenie we właściwym kierunku jego charakteru stanowi właściwą terapję psychiczną.

Wszystkie te środki, któremi rozporządza psychoterapja, muszą być oczywiście dobierane, zależnie od przypadku i indywidualności chorego. O ich skuteczności, rozstrzyga nietylko wybór środka, ale przedewszystkiem sposób jego stosowania. Serdeczny stosunek lekarza do chorego, zdolność współczucia z jego stanem, przyczyniają się częstokroć w znacznej mierze do ulżenia cierpień chorego, daje zatem dodatnie wyniki lecznicze.

Wreszcie dokładne, bezstronne zbadanie chorego, jego konstytucji i poznanie warunków życia — są czynnikami niezbędnymi również i w psychoterapji.

Liepman na zakończenie podręcznika swego „Gynäkologische Psychotherapie" podaje dziesięcioro przykazań, obowiązujących psychoterapeutę w ginekologji. Ujmują one całokształt stawianych wymagań ściśle i dobrze, dlatego przytoczę je i ja tu w dosłownem ich brzmieniu.

1) Zachowanie powagi lekarza.

2) Zdobycie *zaufania* chorej.

3) Umiejętność stosowania metody swobodnego kojarzenia myśli i analizy marzeń sennych (psychoanaliza).

4) Znajomość metody Dubois t. j. stosowania perswazji jego sposobem.

5) Dekoncentracja chorej przez nadawanie jej myślom innego kierunku, stwarzanie chorej nowego światopoglądu; polecanie sportu, podróży i t. p.

6) Znajomość teorji i systemu Adlera, ujawniania chorej jej „Minderwertigkeitsgefühl".

7) Pośrednicza rola lekarza w usterkach rodzinnych chorej, które często są powodem bezpośrednim neuroz.

8) Pouczanie męża o psychicznych właściwościach chorej zwłaszcza w przypadkach jej „frigiditas".

9) Wybór pracy zgodnej z psychicznemi właściwościami i warunkami chorej.

10) Wreszcie lekarz ma posiadać rozległe wykształcenie ogólne, często bowiem podejmuje rolę spóźnionego pedagoga chorej.

Czyniąc zadość tym wszystkim warunkom, może psychoterapeuta ze spokojem i pewnością liczyć na dodatnie wyniki jego leczenia.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Bolesław MILEWSKI. Ćmielów.

Śmiertelne zatrucie Somnifenem „Roche".

W Nr. 41, 1928 r. Polskiej Gazety Lekarskiej Dr. L. Berger (Lwów), opisując przypadek zatrucia Somnifenem „Roche" ze szczęśliwym przebiegiem, mówi, że w polskiem piśmiennictwie nikt zatrucia Somnifenem nie opublikował. Wobec tego pozwalam sobie dla kontrastu opublikować przypadek śmiertelnego zatrucia tym środkiem nasennym.

Urzędniczka Fabryki porcelany w Ćmielowie, K. H., lat 28, panna, ze zgęszczeniem obu szczytów płuc, w celu samobójstwa wypiła 3 marca u. r. około 9 godziny wieczorem 2 flakony Somnifenu „Roche" i zapadła w tak mocny sen, że aż chrapała, co zwróciło uwagę sąsiadów, którzy jednak nie podejrzywali w tem nic złego. Około godziny 11 rano nazajutrz spostrzeżono, że H. nie stawiła się do zajęcia i posłano po nią do mieszkania. Posłaniec znalazł jej pokój zamknięty od wewnątrz, po otworzeniu którego znaleziono H. tak „mocno śpiącą", że nie można było jej obudzić. Posłano po lekarza. Około godziny 12 znalazłem chorą w następującym stanie: twarz chorej zasiniona, chora leży bezwładnie na łóżku, brak jakichkolwiek odruchów, źrenice zwężone średnio, nie reagują na światło i dotyk, oddech głęboki, 24 na minutę, puls mocno napięty 88 na minutę, ciepłota 37.2. Przy łóżku na krześle stały 2 puste flakoniki Somnifenu „Roche". Przystąpiłem niezwłocznie do przemywania żołądka (po 15 godzinach po zażyciu Somnifenu — więcej ut aliquid videatur fieri), oraz wstrzyknąłem 3 krotnie w odstępach 3-godzinnych po 0,002 atropini sulfurici — bez najmniejszych wyników, chora spała w dalszym ciągu. Procedura przemywania żołądka, jak również kilkakrotne i obfite injekcje podskórnie solutionis Ringeri, nie mówiąc o zastrzykach najrozmaitszych cardiaca nie wywoływały najmniejszego odruchu, chora nadal była w głębokiej komie, która pozostawała aż do zejścia, które nastąpiło po 70 godzinach od zażycia Somnifenu. Ciepłota podnosiła się, w dzień śmierci doszła do 41,5°, puls 160 filiformis, i przy objawach postępującego osłabienia serca chora zmarła 6-go marca o godzinie 7 wiecz. Sekcja zwłok nie była wykonana, gdyż fakt samobójstwa nie ulegał wątpliwości na podstawie pozostawionego listu samobójczyni.

K. H. zażyła 2 flakony Somnifenu „Roche" po 12,0 każdy, licząc 25 kropel na 1 cm³ — 600 kropli na raz, czyli 20 razy większą dozę, niż zwykle. Nic więc dziwnego, że taka ilość środka nasennego wywołała tragiczne następstwa.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Zdzisław TOMANEK. Lwów.

O zagranicznych sanatorjach i urządzeniach przeciwgruźliczych.

Z II kliniki chorób wewn. U. J. K. we Lwowie
Derektor: Prof. Dr R. Rencki.

Korzystając z naukowej wycieczki do Włoch na Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Rzymie z końcem września u. r., miałem sposobność rzeczowego zapoznania się ze stanem walki z gruźlicą oraz z urządzeniami sanatoryjnemi we Włoszech, w Szwajcarji i w Austrji.

Sumując wrażenia, jakie odniosłem w tej naukowej podróży, mogę stwierdzić, że wprawdzie urządzenia przeciwgruźlicze włoskie nie dosięgły jeszcze w zupełności poziomu wzorowych urządzeń nowoczesnych szwajcarskich, stawianych często za przykład, jako najkorzystniej wyposażonych, to jednak podniosły się one w tym względzie wysoko, przewyższając je nawet praktycznością. Jeżeli jednak mało o tem dotychczas wzmiankowano, działo się to dlatego, że szereg tych ośrodków i urządzeń przeciwgruźliczych oraz planowa akcja przeciwgruźlicza powstały tamże dopiero w czasach ostatniej doby. Osiągnięcie tej wyżyny, na której stanęły dziś Włochy w powyższym względzie pozostanie bezsprzecznie zasługą społeczeństwa, które złożyło dostateczne dowody należytego zrozumienia, grożącego mu niebezpieczeństwa. Z drugiej zaś strony jest ono wynikiem potrzeby wobec dużych odsetek śmiertelności na gruźlicę, która szerzy się pomimo piękna i zdrowotności tamtejszego klimatu. Jest bowiem rzeczą dziwną, na którą oddawna zwracano uwagę, a którą ostatnio na Zjeździe w Rzymie podnosił także i Maher: Włochy obdarzone z natury niezwykle hojnie, wyposażone prawie we wszystkie zasadnicze warunki życiowe, które lekarz zaleca niejednokrotnie jako najlepszą profilaktykę przeciw chorobom wogóle, a zwłaszcza w gruźlicy, a więc zalety klimatyczne, słońce, powietrze, pożywienie pełne witamin i t. p., są niemniej, jak i inne kraje nawiedzane gruźlicą, a ten odsetek jest znaczny. Z zestawień statystycznych wynika, że na 100.000 ludności umiera we Włoszech 117 osób na gruźlicę płuc, natomiast w ogólności na gruźlicę umiera rocznie 59.829 ludzi. Jeżeli chodzi o płeć, to śmiertelność na gruźlicę przeważa u kobiet w stosunku 100 : 110. Wiek od 13—20 lat jest najniebezpieczniejszy u kobiet, u mężczyzn zaś wiek powyżej lat 15. Stwierdzono, że u mężczyzn między 15—45 r. życia gruźlica stanowi 25% zgonów. W późniejszym wieku odsetek ten spada. Pozatem odsetki śmiertelności na gruźlicę ulegają pewnym wahaniom w zależności od kraju i rasy. Statystyka tamtejsza wykazuje, że stosunek liczbowy zgonów na gruźlicę zmniejsza się ku Włochom południowym, czyli ku okolicom zamieszkałym do 95% przez rasę śródziemnomorską (homo mediterraneus). To zmniejszanie się śmiertelności na gruźlicę dotyczy zwłaszcza jej postaci z zajęciem przewodu pokarmowego, otrzewnej, a dalej stawów i kości. O ile w dobie ostatniej zaznaczył się wogóle wyraźny kierunek spadku śmiertelności, dzieje się to dzięki energicznej walce, jaką we Włoszech podjęła Narodowa federacja faszystowska, która objęła naczelne kierownictwo nad wszystkiemi gałęziami tej akcji, wznosząc szereg nowych urządzeń przeciwgruźliczych oraz sanatorja, mogące pomieścić całe tysiące chorych na gruźlicę płuc i chirurgiczną. Liczne, planowo rozmieszczone po kraju i dobrze zorganizowane przychodnie z centralnem ich kierownictwem (t. zw. Centro antitubercolare), oraz instytucje lekarskie, które zajęły się losem dzieci matek chorych na gruźlicę (Preventivo), to potężne urządzenia, dzięki którym efekt jest ten, że śmiertelność we Włoszech zmalała.

Sanatorja przeciwgruźlicze włoskie, co do swego położenia można podzielić na 2 typy. Do pierwszego należą sanatorja rozmieszczone na nizinach, do drugiego sanatorja położone w górach, wśród tych zaś niektóre wyróżniające się od innych specjalnem pięknem okolicy, jak np. L'Abetina, lub Sanatorjum Narodowe Umberto I. w pobliżu Sondrio. W budowie ich można rozróżnić 2 sposoby. A więc bywa tu spotykany sposób budowy przypominający system koszarowy, oraz pawilonowy. O ile system pierwszy przyjął się najwięcej, o tyle system pawilonowy spotyka się w niektórych sanatorjach wojskowych, jak np. w Anzio, nad morzem (Sanatorio Militare), lub też w nowo otworzonej kolonji tzw. posanatoryjnej w Porta Furba, położonej kilka mil poza Rzymem. Niektóre ze wspomnianych urządzeń posiadają często także system przejściowy. Polega on na tem, że szereg części składowych aparatu sanatoryjnego, jak dezynfekcja, pralnia, kuchnia, mieszkania, leżalnie znajdują pomieszczenie w budynkach oddzielnych, natomiast chorzy zajmują osobny większy budynek, niejednokrotnie podzielony lub nawet oddzielny dla każdej z płci. Typem takiego sanatorjum jest S. Cesare Battisti, położone w pobliżu Rzymu. Sanatorjum Narodowe Umberto I. w Prasomaso (Sondrio) przypomina budowę koszarową. Położone na wysokości 1250 m ponad p. m. składa się z jednego obszernego budynku 4-ro piętrowego, ustawionego wśród wysokich gór, a do którego zdąża droga serpentynowa. Od wiatrów północnych i zachodnich posiada zabezpieczenie, do którego prócz gór przyczyniają się lasy. Panuje tu klimat umiarkowany, jednostajny i łagodny. Sanatorjum urządzone w myśl wszelkich zasad wzorowej higjeny jest przeznaczone na 174 łóżek. W parterze po obu stronach budynku rozmieszczono 2 obszerne leżalnie, osobne dla mężczyzn i kobiet z przedziałami dla łóżek. Sam budynek jest podzielony na oddział żeński i męski. W obu oddziałach od strony południowej znajdują się sale chorych 1, 2 i 6 łóżkowe, ponadto zaś salon, biuro, pokój do badań i pokój lekarski. Od strony północnej przedzielonej od poprzedniej długim korytarzem mieszczą się ustępy, umywalnie i ubikacje kuchenne. W części środkowej parteru, która z resztą budynku posiada

komunikację tylko w parterze i posiada osobne schody, mieści się lodownia, przechowalnia nabiału, wina i t. p. Na pierwszem piętrze od strony południowej mieszczą się same sale chorych, wśród których znajdujemy salki 4 łóżkowe. W części środkowej piętra znajduje się obszerna jadalnia, komunikująca z dużą kuchnią. Tutaj spotykamy pokoik dla dezynfekcji naczyń, oraz pokoik dla służby. Na drugiem piętrze mieści się prócz sal jadalnia przeznaczona dla kobiet. Pokoje przeznaczone dla chorych są jasne, o oknach szerokich, wychodzących na werandę. Podłogi wyścielone linoleum ściśle przylegającem do ścian. Sufity białe, ściany pokryte tapetą, łatwo dającą się zmyć, przechodzą ku sufitowi łagodnie, są zaokrąglone. Szerokie drzwi jednoskrzydłowe, lakierowane na biało ze szkłem matowem u góry tworzą dostęp do tych separatek. We wnętrzu spotyka się pewną odmianę w ich urządzeniu, zamiast szafek nocnych umieszczono tu półki drewniane. Rzeczy chorych mieszczą się w specjalnych oddzielnych szafach, ustawionych w długim i widnym korytarzu, malowanym na kremowo.

Odmiennemu celowi służy sanatorjum L'Abetina, gdyż stanowi ono instytucję prywatną pod dyrekcją Prof. Morellego. Położone jest ono w Sondalu na wysokości 1110 m. Wyboru miejsca dokonano tu bardzo stosownie. Wśród lasów i gór z widokiem na dolinę, przez którą przepływa jedna z górskich rzek, oraz na łąki pełne zieleni i uprawne wzgórza pokryte w całości winem, wytwarzają szczególny nastrój psychiczny, a usuwając ponurość szpitalną budynku sanatoryjnego, działają na chorych kojąco. Krajobraz tu bardziej plastyczny i ożywiony, aniżeli np. w Szwajcarji, w Davos, chociaż i ten tak bardzo jest piękny. Znajdują się tutaj urządzenia pomocnicze, a to: pralnie, dezynfekcja, ogrzewania centralne, lodownie. Na następnem piętrze znajdują się urządzenia dalsze a to: kaplica, poczta, telegraf, telefon, fryzjernia oraz doskonałe wyposażenie lekarskie a to: sala operacyjna, pokój dla odmy, pracownie, Roentgen, ambulatorjum dentystyczne i pokój dyrekcyjny. Sanatorjum zawiera 130 łóżek, z których 20 należy do separatek 2 łóżkowych, przeznaczonych dla chorych z osobą towarzyszącą, lub pielęgniarką. System długiego korytarza zachowany jest tutaj także. Dobrze oświetlony i wentylowany dzieli on budynek na część północną oraz południową. Od strony północnej prowadzą schody do ubikacyj przeznaczonych dla służby, łazienek, miejsc ustępowych i t. p. celem zarezerwowania jaknajwięcej miejsca w stronie południowej dla chorych. Urządzenie wewnętrzne poszczególnych separatek różni się nieco od rygoru sanatorjów ludowych. Żelazne łóżka lakierowane, spotykane zresztą prawie wszędzie, zastąpiono może mniej stosownymi, więcej zaś pięknymi sprzętami z drzewa gładko lakierowanego. Pokoiki wysokości około 3 m, więcej za to obszerne z podłogą pokrytą szczelnie linoleum mają ściany gładkie, dające się zmyć. Użyto w tym celu kafli do $1^1/_2$ m wysokości, czego w innych sanatorjach włoskich ani też w szwajcarskich nie spostrzegałem. Ściany w rogach schodzą się pod kątem prostym. Oświetlenie podwójne, wiszące i kontaktowe, w pokoikach umywalnie z wodą bieżącą ciepłą i zimną. Pokoje narożne łączą się bezpośrednio z łazienkami. Budynek w całości podzielony jest osobno na oddział żeński i męski. Podziału tego dokonano tu ze względów zapewnienia kobietom większej swobody, czego np. w sanatorjach prywatnych szwajcarskich nie spotkałem. Wyjątek naturalnie stanowi tu rodzina towarzysząca, dla której dyrekcja sanatorjum udzieliła w tym względzie wyjątek. Na jednem z niższych pięter urządzono gustowną jadalnię z parkietową posadzką, sposobem stolikowym dla wytworzenia większej wygody, a oprócz tego do niej przyległe oddzielne saloniki zdobnie upiększone oraz większa sala stanowiąca ogród zimowy. Bilard, bibljoteka i t. p. wszystko umieszczone w lewem skrzydle budynku stanowią miejsce rozrywkowe i odpoczynku. Werandowania wspólnego tutaj poniechano, rozwiązując tę kwestję w ten sposób, że dla każdego pokoju przeznaczono osobną werandę, dostatecznie obszerną dla pomieszczenia łóżka, krytą i zabezpieczoną zasłoną płócienną. Przed budynkiem rozciąga się piękny ogródek, a od frontu na wysokości pierwszego piętra przebiega portyk kryty, tworzący łączność z ogrodem. Stąd rozpościera się przecudny widok na winem pokryte stoki górskie i ośnieżone szczyty (Monte Serottini). Warunki pobytu w tem sanatorjum są stosunkowo bardzo tanie, wynoszą bowiem około 20 zł dziennie.

System pawilonowy znalazł zastosowanie w budowie sanatorjum wojskowego położonego wśród lasu, palm i pinji w pobliżu wybrzeża morskiego Anzio, (Riviera di Ponente). Obejmuje on 30 pawilonów systemu Dökera, malowanych na zielono, rozmieszczonych we wspaniałym ogrodzie, na obszarze 300.000 m², o stanie przeznaczonym na 250 łóżek, prócz tego posiada liczne murowane budynki. Pawilony zamierzają przebudować na murowane. Na pierwszy rzut oka sprawiają one wrażenie wiedeńskich baraków szpitalnych Neumanna Odstępy jednak między pawilonami są większe, a wygląd ich znacznie ładniejszy. Każdy taki pawilon składa się z 2—3 pokoików i mieści salę chorych złożoną z 8—10 łóżek w 2-ch rzędach. Naokoło każdego pawilonu znajduje się osobny ogródek, którego pielęgnacją zajmują się ozdrowieńcy. W sanatorjum tem leczą lżejsze postacie gruźlicy płuc oraz gruźlicę chirurgiczną. Wyposażenie sanatorjum jest doskonałe. W osobnych pawilonach rozmieszczono: kuchnie, pomywalnie, pralnie, aptekę, laboratorja chemiczne, bakterjologiczne, biologiczne, inhalatorja, terapję fizykalną, Roentgen, salę ortopedyczną, operacyjną, odmową, ponadto zaś teatr, bawialnię i zakład hodowli kwiatów. Pod względem higjeny posiada owe sanatorjum szereg zalet. Do zbierania plwociny używają tutaj, jak wogóle we wszystkich prawie sanatorjach włoskich dwóch typów spluwaczek, a to t. zw. nocne i na werandę oraz kieszonkowe, typu Mendesa, używane na zmianę. Pierwsza jest spluwaczką szklanną ujętą w obręcz niklową ze sprężynową nakrywką. Do wnętrza jej wkłada się łatwo papierowy kubek nasycony parafiną. Zużyty ten papier dezynfekuje się przez spalanie. Drugi typ stanowi owalną, płaską flaszeczkę z 2-ma lub z jednym otworem. Wyjaławianie tych naczyń oraz dezynfekcja plwociny odbywa się w ten sposób, że te papierowe kubki zbiera się razem w dużym papierowym worku i spala się. Dla dezynfekcji spluwaczek kieszonkowych problem również został pomysłowo rozwiązany. Jeden z wyznaczonych chorych zbiera co rana te spluwaczki, wkłada je do dużego naczynia i zanosi do specjalnego pawilonu dla odkażania. Aparat dezynfekcyjny jest obszerną skrzynią o podwójnej ścianie z rurami na wodę i parę, prowadzącemi do wnętrza. Skrzynię napełnia się wodą, do której dodaje się na każde 100 litrów 1 kg węglanu sodowego. Następnie zanurza się otwarte spluwaczki i zamyka wieko. Potem puszcza się parę. Pod wpływem działania soli sodowej oraz gorąca odrywa się plwocina od ścian spluwaczek i już jako zupełnie płynna unosi się ku górze, jak oliwa. Prątek gruźliczy jak wiadomo traci swoją żywotność w ciepłocie 80° C, a przy 100° C ulega zniszczeniu po 45 minutach. W ośrodku wilgotnym dzieje się to jednak prędzej np. w 1 minucie przy 95° C, a przy 70° C po 10 minutach. Jeżeli zarazki są zawarte w środowisku białkowem a więc jak np. w plwocinie, wpływ niszczący gorąca jest powolniejszy, a dezynfekcja przy 70° C powinna trwać 30 minut. Natomiast przy wrzeniu wody 10 minut zupełnie wystarcza do wyjałowienia. Po kwandransie gotowania się wody doprowadza się zwolna wodę chłodniejszą, a potem puszcza się silniejszy prąd wody, ażeby mechanicznie spłukać zawiesinę z plwociny. Popłuczyny schodzą do rynsztoku. Puszczając ponownie prąd pary celem uzyskania ciepłoty 100° C można już wyjąć spluwaczki ze siatkowatej wkładki, do której zostały włożone, poczem same one wysychają. Jest to modyfikacja metody Guinarda, bardzo prosta, wygodna a pewna. Co się tyczy dezynfekcji rzeczy, a więc bielizny, pościeli i t. p., to zostają one poddane działaniu pary pod ciśnieniem w komorze według systemu Geneste-Herschera, zmodyfikowanego jeszcze przez dodanie wentylu. Kocioł parowy jest oddzielony od komory, która składa się z dużego cylindra poziomego z nakrywką na zawiasach. Do jego wnętrza dochodzi serpentynowo para pod ciśnieniem 3-ch atmosfer utrzymując równomiernie ciepłotę. Cylinder ten posiada wentyl. Ma on to znaczenie, że zapewnia przepływ świeżego powietrza po dezynfekcji, zapobiegając tem samem uszkodzeniu rzeczy przez działanie suchego gorąca. Zaraz po dezynfekcji oddają rzeczy do pralni, umieszczonej w tym samym pawilonie. Wyjaławianie naczyń odbywa się tutaj w dwukomorowych skrzyniach metalowych, do wnętrza których wprowadza się naczynie w koszach drucianych. Tutaj podobnie jak to działo się z plwociną zostają one poddane działaniu sody i gotowaniu, przy mechanizmie elektrzycznym, a więc bardzo uproszczonem i szybkiem.

Do sposobu urządzeń o typie przejściowym należy piękne sanatorjum „Elena di Savoia". Zasługuje ono także i z tych względów na specjalną uwagę, że jest ono przeznaczone dla personalu fabrycznego, dużego przemysłu tekstylnego Włoch w Legnano, dając mu możność korzystania z opieki lekarskiej w przypadkach zakażenia gruźlicą. Opieka ta nie ogranicza się tylko do obowiązku przyjęcia chorego do sanatorjum, lecz także polega ona na udzielaniu porad lekarskich gruźliczym, w specjalnie ku temu urządzonej przychodni.

Bardzo pomysłowe, a przytem prawie luksusowe urządzenie owego zakładu, odróżnia go od innych, chociaż jest ono, jak wspomniałem tylko sanatorjum fabrycznem. Położone w pięknym parku angielskim, częściowo szpilkowym, obejmuje budynek złożony z części centralnej dwupiętrowej i z części bocznych jednopiętrowych. Mieścić może 100 chorych obojga płci. Po obu bokach głównego budynku w odległości kilkunastu metrów znajdują się obszerne leżalnie osobno dla mężczyzn i dla kobiet. Uwagę zwraca tutaj ich szczególna budowa: Posiadają mianowicie tę zaletę, że są podzielone na 2 części, służąc do werandowania zimowego i let-

niego, zresztą według wymagań urządzeń podobnych, położonych na równinie. W środkowej części leżalni przebiega na wzdłuż korytarz kryty, gdzie można przechowywać pościel oraz leżaki. W poprzek korytarza przebiegają szyny łączące południową stronę leżalni z północną, a przeznaczone dla przesuwania leżaków. Te ostatnie posiadają praktyczne druciane zasłony u wezgłowia, umieszczone na zawiasach, a chroniące twarz przed słońcem i owadami. Izby chorych są 1, 4, 6 i 8 łóżkowe. Posadzka wszędzie kamienna, ściany w rogach u góry zaokrąglone białe, pokryte u dołu lakierem do wysokości jednego metra. Okna w salach chorych obszerne, często we wielkości całej prawie ściany danego pokoju, są raczej drzwiami, które posiadają jeszcze boczne nieruchome skrzydła. Prowadzą one na werandy, przeznaczone dla użytku chorych z odnośnej sali. We wnętrzu sal chorych wyposażonych w minimum potrzeby spotykamy nieduże, białe stoliczki do siedzenia, stanowiące równocześnie przyrząd służący do transportu oraz zmiany bielizny. Umywalnie nieseperatkowe urządzono oddzielnie w dużych salach. Obejmują one 2 rzędy podwójnych urządzeń, złożonych w każdym rzędzie z 14 porcelanowych umywalni z wodą bieżącą. W ten sposób każdy z chorych może mieć osobną umywalnię, oraz używać osobnych naczyń toaletowych, jak kubki, szklanki i t. p. Bezpośrednio do tej ubikacji przylega pokój przeznaczony na fryzjernię, a dalej łazienki i ustępy. Luksusowo urządzone sale jadalne są oddzielne dla mężczyzn i kobiet. Komunikują one z obszernym pięknym salonem, wychodzącym na werandę z widokiem na park zakładowy. Jest to miejsce zebrania oraz rozrywek dla chorych, dla których ponadto urządzono teatr i kinematograf. W dolnej części budynku mieszczą się dostatnio wyposażone kuchnie, oraz ogrzewanie centralne. Do tych ubikacyj prowadzą oddzielne wejścia ze skrzydeł budynku, jedno z nich specjalnie przeznaczone dla dostawy żywności. W obszernych kuchniach, dobrze oświetlonych, spotyka się naczynia niklowe. W pokoju przyległym znajdują się wyżej opisane urządzenia, służące do sterylizacji naczyń kuchennych. Dezynfekcja ich odbywa się we wodzie wrzącej z dodatkiem 10—50% węglanu sodowego, przyczem stosowny aparat pozwala na dezynfekję oraz wymycie naczyń w ilości około 600 talerzy w ciągu godziny. Magazyny ubrań, a dalej pralnie i dezynfekcja (formalinowa) bielizny mieszczą się w oddzielnym pawilonie niedaleko wejścia. Tam też znajdują się paleniska dla nocnych spluwaczek parafinowych. Dzienne spluwaczki aluminjowe z pokrywką wyjaławia się zapomocą specjalnych pompek z roztworem bakterjolizy, którą dezynfekują także bieliznę przed oddaniem jej do prania. Co wieczór sami chorzy składają spluwaczki na jedno miejsce, a rano odbierają je już jako czyste. Dozór nad tem wszystkiem pełnią specjalnie wyszkolone siostry. Poza budynkiem głównym znajduje się jeszcze kaplica oraz dom jednopiętrowy przeznaczony dla personalu, a więc dla lekarzy, sióstr i dla służby, połączony galeryjką podziemną z budynkiem głównym. Personal lekarski tego sanatorjum składa się z dyrektora i 3-ch lekarzy zakładowych. Doskonałe wyposażenie sanatorjum w urządzenia lekarskie pozwala tu także na uwzględnienie w leczeniu gruźlicy płuc większych zabiegów chirurgicznych. W leczeniu gruźlicy stosują odmę, frenikotomję oraz torakoplastykę. Gruźlicę innych narządów również tutaj przyjmują do leczenia. Statystyka tego zakładu za ostatnie 3 lata (1924—1927) swierdziła 18% dobrych wyników leczniczych, 40% z poprawą, 20% bez zmian, 12% z pogorszeniem i 10% śmiertelności.

Jeżeli natomiast scharakteryzować ogólnie wyniki leczenia gruźlicy w sanatorjach przeciwgruźliczych, można niestety powiedzieć, że wystarczalność tego leczenia daje dziś jeszcze rezultaty małe. Ze statystyk ludowych sanatorjów szwajcarskich wynika, że osobnicy gruźliczy opuszczający sanatorja okazują w okresie czasu 10 lat 91% śmiertelności. W sanatorjach włoskich również podobne dane statystyczne dadzą się stwierdzić. Te ujemne wyniki zawisłe są w dużej mierze od zmian, jakie zachodzą w życiu tych chorych, którzy jako rekonwalescenci opuszczając sanatorja przystępują zaraz do ciężkiej pracy. W tych warunkach pozbawieni opieki lekarskiej i wyczerpani trudami, najczęściej niestosownej pracy, giną lub stają się nieużytecznymi dla społeczeństwa. W tym celu poczyniono starania we Włoszech, ażeby tych ludzi mieć nadal w pewnej opiece, dając im równocześnie możność pracy, lecz dobranej indywidualnie, bez szkody dla ich zdrowia. Ten sposób może im zapewnić tryb życia oraz warunki, mogące stanowić dalszy ciąg leczenia sanatoryjnego. Wprawdzie Cassa Nazionale we Włoszech nie zdołała dojść pod tym względem do perfekcji, uzyskanej przez doświadczenie Anglików (w kolonjach Papworth), to jednak przyszła z wydatną pomocą swoim członkom, dając im umieszczenie w t. zw. kolonjach posanatoryjnych. Tutaj bywają przyjmowane osoby, które już odbyły leczenie w sanatorjum, i to każda osoba pracująca, która conajmniej przez ½ roku płaciła wkładki ubezpieczeniowe. Jest to więc pewien rodzaj Kasy chorych dla gruźliczych, choć system tego urządzenia jest odmienny, a właściwej instytucji tego rodzaju we Włoszech niema zupełnie.

Z okazji Międzynarodowego Zjazdu Przeciwgruźliczego dokonano otwarcia nowozałożonej kolonji pracujących w Porta Furba, położonej w pobliżu Rzymu w odległości 3½ km od rzymskich wałów Cezara Augusta na obszarze 80.000 m², zajętym przedtem przez starożytną fortecę tejże nazwy, a która jeszcze w czasie ostatniej wojny służyła za szpital wojskowy. Z terasy jednego z budynków owej kolonji rozpościera się prześliczny widok na pagórki Kampanji Latyńskiej i Rzymskiej urozmaicony pięknym zabytkiem starożytnych rzymskich wodociągów. Kolonja składa się z szeregu pawilonów jednopiętrowych. We większym budynku środkowym znajdują się kompletne urządzenia lekarskie, na górze zaś mieści się obszerna sala rekreacyjna. W budynku położonym u wejścia, mieści się dyrekcja, salon, oraz sala wystawowa prac chorych. W pawilonie następnym mieszkają ozdrowieńcy ubezpieczeni, których skierowano do kolonji, stanowiąc tutaj niejako „przyrost“ jeszcze nie kontrolowany, a który dopiero po zbadaniu zostaje odpowiednio skwalifikowany do pracy oraz jej rodzaju. Ubikacje mieszkalne są tutaj 1, 2 i 4 łóżkowe. Każda z nich jest wyposażona w nowoczesne urządzenia higjeniczne oraz instalacje sanitarne. Umeblowanie składa się z łóżek żelaznych, ustalonych w ogniu łatwo dających się dezynfekować. Obok łóżek umieszczono umywalnie z wodą bieżącą. W pobliżu tych pokoików sypialnych znajdują się obszerne laboratorja, w których ubezpieczeni uczą się rozmaitej pracy. Stąd łatwy jest dostęp do kuchni oraz pięknie urządzonej jadalni. Pomyślano tu również i o urządzeniu specjalnej izby chorych, mieszczącej 16 łóżek, przeznaczonych dla ozdrowieńców w razie potrzeby, na wypadek choroby. Resztę ogrodzonego obszaru zajmują domy mieszkalne dla kierownika oraz lekarzy, a dalej dla sióstr i dla księdza, oraz kaplica. Wspaniały ogród kwiatowy, otaczający poszczególne zabudowania, poprzecinany wygodnemi ścieżkami, wygodne leżalnie, a dalej szereg miejsc zabawowych dla najmłodszych ubezpieczonych dopełniają estetycznego wyglądu i wzorowego urządzenia tej kolonji, uprzyjemniając życie tym, którzy niejednokrotnie przebywają tu do końca swojego życia.

Liczne prace wykonywane przez tych ludzi przynoszą społeczeństwu pożytek. W pracy tej dobranej indywidualnie, zależnie od zdrowia i zdolności osobnika, są tutaj specjalnie oni szkoleni. Bywają tu sporządzane plecionki, torebki, tania biżuterja, bielizna i t. p. Materjał ten następnie zostaje poddany dezynfekcji, a potem bywa sprzedawany. W ten sposób chorzy pod kontrolą lekarską mogą się tutaj stopniowo przyzwyczajać do nowego trybu życia, a nawet wydatnie pracować.

Mówiąc o urządzeniach przeciwgruźliczych włoskich wypada jeszcze wspomnieć o sanatorjach, położonych w jednej z najpiękniejszych okolic Włoch, a mianowicie nad jeziorem Garda, względnie w jego sąsiedztwie. Pomijając opis sanatorjów, nie mających zresztą większego znaczenia, jak np. w Arco, lub w Fasano, wspomnę o t. zw. „domie słonecznym“ Casa del Sole. Znajduje się on na południowem wybrzeżu jeziora w Disenzano, skąd rozpościera się malowniczy widok na równinę, góry i jezioro. Jest to budynek 3-piętrowy w ten sposób wzniesiony, że promienie słoneczne mają doń dostęp ze wszystkich stron, a więc i do sal chorych. Zakład ten przeznaczony jest wyłącznie dla leczenia gruźlicy kostnej oraz stawowej i urządzony jest na wzór lecznicy Rolliera. Zbudowany w kształcie dużego czworoboku, posiada na piętrach odkryte obszerne werandy, z których najobszerniejszą jest umieszczona najwyżej, na dachu zupełnie płaskim, służąca do helioterapji. Tutaj uwagę zwraca tekturowy heliograf, umieszczony na poręczy dachu, opatrzony w specjalne szpary, przepuszczające promienie świetlne, które padając na papier światłoczuły, znaczą godziny słoneczne. Urządzenia wnętrza są stosunkowo skromne, wyposażone są jednak w cały niezbędny aparat sanitarny. Obszerne sale chorych 8 łóżkowe, pozatem separatki 1 i 2 łóżkowe mieszczą chorych obojga płci a także dzieci. Według zapodania kierownika tegoż sanatorjum Dra Garry wyniki lecznicze tam uzyskane przez stosowanie helioterapji mają być nadzwyczajne.

Wyszczególnienie oraz opis przedstawionych sanatorjów i urządzeń przeciwgruźliczych nie wyczerpują oczywiście całości materjału, z jakim miałem sposobność się zapoznać bawiąc na tej naukowej wycieczce we Włoszech. Należą tu piękne sanatorja w Meranie, wśród których na szczególniejszą uwagę zasługuje wspaniałe sanatorjum naszego rodaka Dra Bindera. Jednakowoż w czasach ostatnich przyjmuje się tutaj coraz raz rzadziej gruźlicę otwartą, natomiast chętniej postacie gruczołowe, chociaż klimat tamtejszy przedstawia bardzo korzystne warunki dla leczenia wszelkich postaci gruźlicy, a to dzięki jego łagodności, wynikłej ze samego położenia miejscowości, które wprawdzie wynosi tylko 320 m. n. m. p., to jednak znajduje się w bezpośredniem otoczeniu gór

o wysokości dochodzącej nawet do 3000 m. Charakter tego klimatu łączy zatem zalety klimatu wysoko - górskiego z zaletami okolic położonych na wysokościach średnich.

Doskonale wyposażonym jest tutaj wielki zakład lecznictwa fizykalnego (stabilimento di cure fisiche e di bagni). Prócz kąpieli wszelkiego rodzaju znajdują się w tym instytucie wzorowe urządzenia dla elektroterapii, termoterapji, aparaty Zanderowskie, emanatorja radowe, komory pneumatyczne oraz inhalatorja. Te ostatnie znalazły pomieszczenie w szeregu oddzielnych kabin oraz we większej wspólnej sali. Podziału tego dokonano tu także ze względu na możność stosowania środków inhalacyjnych w rozmaitym rodzaju i stężeniach.

Z leków tutaj używanych, to są: sól kuchenna, olejek sosnowy, eukaliptol, mentol, tymol, przetwory kreozotu i jodek potasu. Leki te rozpylają specjalne aparaty systemu Clar - Bulinga z odpowiedniemi modyfikacjami tych przyrządów dla zastosowania ich w leczeniu chorób nosa, gardła lub krtani według Hoesslego - Bullinga.

Kilka słów jeszcze należy poświęcić urządzeniom włoskiej przychodni przeciwgruźliczej, przedstawiającej pewien typ stały. Mieszczą się one w domkach parterowych o jednem wejściu i urządzone są bardzo praktycznie. Poza wzorowem wyposażeniem mogą się one poszczycić dobrze wyszkolonym personalem. Rozkład wnętrza takiej przychodni składa się z poczekalni, z pokoju wywiadowczego, ordynacyjnego, roentgenologicznego i laboratorjum, ponadto zaś z ubikacyj przeznaczonych dla dezynfekcji i ustępów.

Z koleji rzeczy przejdę do naszkicowania urządzeń szwajcarskich, a mianowicie w Davos i w Arozie. Obie te miejscowości, tak blisko siebie położone, jednak z komunikacją wzajemną bardzo utrudnioną ze względu na niedostępność tych górzystych okolic, posiadają dziesiątki sanatorjów, przeznaczonych przeważnie dla gruźlicy płuc i to zwłaszcza otwartej, rozpadowej. Rozmieszczenia ich dokonano tu niezbyt trafnie, zwłaszcza w Davos, które stanowi dziś, że tak powiem, niejako kolonję sanatoryjną, gdyż wszystkie te sanatorja stoją przeważnie obok siebie. Pomimo tego cieszą się one znaczną frekwencją i są prawie stale przepełnione. Wielkością i luksusem w urządzeniu góruje w Davos sanatorjum „Schatzalp", położone 300 m powyżej doliny, w której leży Davos, a która znajduje się na wysokości około 1560 m. n. p. m. Dostęp do tego sanatorjum ułatwia kolejka linowa, przebywająca tę drogę w 10 minutach. Zwraca tutaj uwagę bardzo korzystny dobór miejsca, gdyż góry otaczają budynek od strony północnej, podczas gdy wolna strona południowo - wschodnia zabezpiecza dłuższą insolację. Budynek 3 piętrowy, 100 metrowej długości, wykonany z żelazo - betonu, jak większość tamtejszych sanatorjów, zajmuje wraz z parkiem 40 hektarów powierzchni ziemi. Wzdłuż fasady budynku przebiega portyk 4 metr. szerokości, łączący leżalnie położone na skrzydłach gmachu. W podziemiach mieszczą się spiżarnie, piwnice, magazyny oraz dezynfekcja. W parterze ku lewej stronie wejścia następują kolejnie salon, czytelnia, bibljoteka, sala bilardowa i t. p. — w dalszym zaś ciągu poczekalnia dla chorych, pokój ordynacyjny, apteka, bibljoteka lekarska, pracownie, sala operacyjna, odmowa, Roentgen, lampa kwarcowa i laboratorjum fotograficzne. Poczta i telegraf również mieści się w parterze. Obszerna luksusowa jadalnia urządzona sposobem stolikowym, zajmuje prawą stronę parteru, z którą znowu komunikuje kuchnia. Na wyższych piętrach, do których prowadzi winda, znajduje się 75 separatek dla chorych od strony południowej, reszta zaś w liczbie 40 separatek wychodzi na północ. Pokoje południowe posiadają we większej części kryte, oddzielne werandy 2½ metr. głębokości, zaopatrzone w instalację elektryczną. Dla chorych zajmujących ubikacje bez werand, przeznaczono leżalnie, umieszczone na dole. Ściany i sufity wysokich, jasnych i powietrznych separatek wyłożono drzewem, pokrytem farbą olejną, łatwo dającą się zmyć. Parkietową posadzkę przykryto specjalnym gatunkiem linoleum. Dezynfekcję przeprowadzają tutaj najpierw zapomocą par formalinowych, a następnie zmywają ściany zapomocą wody mydlanej, co odbywa się zwyczajnie co 4 tygodnie. W urządzeniu wewnętrznem pokoju nie pominięto najdrobniejszych wygód, a więc telefonu, a nawet aparatu radjowego. W skrzydłach długiego korytarza znajdują się łazienki, umywalnie i ustępy. Ponadto na każdem piętrze mieści się podręczna kuchenka. W tem sanatorjum leczą wszystkie postacie gruźlicy płuc, oraz gruźlicę pozapłucną. W leczeniu jej stosują odmę piersiową, frenikoeksherezę, torakoplastykę, torakokaustykę, oraz plombowanie kawern.

Pod względem komfortu dorównywa opisanemu zakładowi sanatorjum narodowe, również położone w Davos, t. zw. „Turganisch - Schaffhausische Heilstätte". Olbrzymi ten budynek 6 piętrowy z osobno urządzonemi leżalniami oraz szeregiem dodatkowych zabudowań posiada obecnie stan 150 łóżek separatkowych. Oglądając wnętrze tego sanatorjum trudno jest wierzyć w to, że jest to sanatorjum tylko ludowe. I rzeczywiście, stało się to tylko dzięki przypadkowi, gdyż te wspaniałe urządzenia były do niedawna w rękach pewnego angielskiego kapitalisty, obecnie zaś odstąpiono je za bardzo niską sumę Kantonom Thurgau i Schaffhausen, których mieszkańcy dotknięci gruźlicą, mają prawo do leczenia się w tem sanatorjum. Ponadto korzystają z niego także i mieszkańcy Kantonu lucerneńskiego, choć z pewnemi ograniczeniami, wreszcie zaś i z innych kantonów, o ile miejsca starczy.

Również pięknem i godnem uwagi jest t. zw. sanatorjum leśne (Waldsanatorium), położone w południowej części Davos wśród gór i lasów, a dalej t. zw. Parksanatorium (przedtem Turbana), Schweizerhof i szereg innych mniejszych, jak np. Alexanderhaus i t. p. — Godnem uwagi jest specjalne urządzenie parku sanatorjum Turbana. Wzdłuż niego przebiegają liczne serpentynowe ścieżki, bardzo wolno wstępujące pod górę. Przeznaczone są one dla chorych, dla których stanowią one pewien rodzaj ćwiczeń fizycznych. Sąsiednia miejscowość Davos - dorf mieści również szereg sanatorjów, z których część powstała tam w latach ostatnich, a prócz tego wiele dopiero się buduje. W bliskości Davos leży Arosa, która do niedawna była małą wioską, obecnie zaś podniosła się do znaczenia pierwszorzędnej stacji klimatycznej, gdzie z roku na rok powstają duże zakłady lecznicze, wszystkie konstrukcji żelazo - betonowej. Sanatorjum „Altein", położone nad jeziorem, będące zarazem wzorem piękna i estetyki architektonicznej, wyposażone jest we wszystkie nowoczesne urządzenia i doskonałe aparaty lekarskie. Na uwagę zasługuje tu urządzenie, służące do przenoszenia spluwaczek z plwociną. Jest ono podręczną małą windą elektryczną, która przewozi plwocinę ze wszystkich piąter do miejsca, w którem przeprowadza się dezynfekcję, zabezpieczając w ten sposób schody i windę osobową od zanieczyszczeń plwociną zakażoną. W tem sanatorjum przyjmują do leczenia głównie lżejsze postacie gruźlicy płucnej, a dalej chirurgicznej, przyczem wszelkie zabiegi wykonują we własnym zakresie.

Pozatem znajdują się w Arosie jeszcze dwa większe sanatorja dla chorób płucnych, są to „Parksanatorium" i „Waldsanatorium". Opis wytwornych ich urządzeń, położenia i wyglądu stanowiłby tylko zbyteczne powtarzanie tego, co dotychczas przedstawiłem. Trudne są jednakże warunki leczenia we wspomnianych sanatorjach szwajcarskich, a to ze względu na koszta, gdyż ceny leczenia są drogie. W ten sposób np. we większych sanatorjach kosztuje pobyt dziennie od 30 — 50 franków szwaj., w mniejszych zaś, urządzonych skromniej od 20 — 35 fr. Prócz tego dolicza się osobne taksy kuracyjne oraz za dezynfekcję i t. p. — Jeżeli je porównać z warunkami sanatorjów włoskich, gdzie podobne ceny liczone są w lirach, to są one 2 — 3 krotnie wyższe od włoskich.

Pewną odmianę w systemie budowania sanatorjum spotyka się w Austrji. Miałem tutaj sposobność zwiedzenia tamtejszych dwóch ważniejszych ośrodków przeciwgruźliczych a mianowicie sanatorjum w Alland niedaleko Wiednia oraz t. zw. „Baumgartner Lungenheilstätte" w Steinhof koło Wienerwaldu. Pierwsze z nich niema zupełnie nowoczesnych urządzeń. Brak tu przedewszystkiem systemu separatkowego, który obecnie tak szeroko jest rozpowszechniony. Zakład ten składa się z 3-ch głównych budynków, mieszczących osobno oddział męski, kobiecy i dziecięcy i obejmuje stan około 160 łóżek. Leczą tu głównie gruźlicę płuc oraz krtani. Specjalnych urządzeń dezynfekcyjnych tutaj nie spotkałem. Dezynfekcje plwociny przeprowadzają w ten sposób, że najpierw poddają ją działaniu odkażającemu zapomocą lysolu, następnie zaś spalają ją wraz z trocinami w piecach.

Sanatorjum Baumgartena (ludowe), którego kierownikiem jest Poindecker, wyposażone jest znacznie lepiej. Składa się ono z całego szeregu murowanych dwupiętrowych budynków, rozrzuconych na większym obszarze wśród angielskiego parku. Przeznaczone jest ono na 500 łóżek i to tylko dla kobiet i dzieci. Sale chorych są 3, 7 i 12 łóżkowe. Z urządzeń dodatkowych należy tutaj wymienić obszerną salę przeznaczoną dla rozrywek, a więc teatr i kinematograf, ponadto zorganizowano tu szkołę dla dzieci. Uwagę zwraca niezwykle duża i obszerna kuchnia, pomieszczona w oddzielnym budynku, skąd transport żywności do pawilonów dla chorych odbywa się zapomocą kolejki motorowej na szynach. Oprócz gruźlicy płucnej leczą tu także gruźlicę krtani. W ostatnich czasach przystąpiono do rozszerzenia tego zakładu oraz do szeregu nowoczesnych ulepszeń, które z każdym dniem podnoszą jego znaczenie, jako ważnego ośrodka przeciwgruźliczego we Wiedniu.

Kończac mogę powiedzieć, że w państwach, które zwiedziłem, wysiłek do walki z gruźlicą wzrasta ustawicznie. Wynikiem tego jest postępujące zmniejszanie się umieralności na gruźlicę.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. O. 22271/28.

W sprawie szkolenia kontrolerów sanitarnych.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, że dnia 11 lutego 1929 r. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny II-gi 4-miesięczny kurs dla kontrolerów sanitarnych.

Zadaniem kursu będzie nauczanie słuchaczy dokonywania inspekcji otoczenia (t. zn. ustępów, studzien, podwórzy, domów, mieszkań i t. p.), dokonywanie nadzoru nad produktami spożywczemi, wytwórni i miejsc sprzedaży ich, pobierania prób do analizy wody, produktów spożywczych i t. p., dokonywanie dezynfekcji, desynsekcji i t. p.

Czas trwania kursu — 4 miesiące.

Kurs ma mieć charakter wybitnie praktyczny, większa część czasu będzie użyta na zajęcia praktyczne, ćwiczenia na terenie, dokonywanie inspekcji, zwiedzanie instytucyj i urzędów sanitarnych i t. p.

Program kursu składa się z czterech działów:

I — ogólno-przygotowawczy: niezbędne wiadomości z fizyki i chemji, kreślenie i zdjęcia z natury, wiadomości z prawa sanitarnego, biurowość urzędowa, higjena ogólna i osobista.

II — dział higjeny publicznej: statystyka, choroby zakaźne, higjena społeczna, dezynfekcja, dezysekcja i deratyzacja, sanitarna inspekcja warsztatów pracy.

III — dział techniki sanitarnej: higjena wody i urządzeń wodnych, zaopatrywanie ludności w wodę, oczyszczanie wody, urządzenia wodociągowe i kanalizacyjne, usuwanie i oczyszczanie ścieków, śmiecie, wiadomości z budownictwa, higjena osiedli, mieszkań, zakładów użyteczności publicznej, inspekcja mieszkaniowa, ogrzewanie i wentylacja, kąpieliska, badania sanitarne na terenie, sporządzanie sprawozdań.

IV — Dział dozoru nad żywnością, ustawodawstwo i organizacja dozoru, przepisy sanitarne dla miejsc wyrobu i miejsc sprzedaży artykułów żywności, mleko i nabiał, produkty pochodzenia roślinnego, używki, przedmioty użytku, środki kosmetyczne.

Kandydaci na kurs winni posiadać świadectwa z ukończenia 4-ch klas gimnazjalnych, lub conajmniej 7-miu oddziałów szkoły powszechnej. Pierwszeństwo będą miały osoby, już pozostające w służbie rządowej lub samorządowej na stanowiskach dozorców lub kontrolerów sanitarnych, dezynfektorów lub kontrolerów targowych.

Urzędy sanitarne, zainteresowane w odpowiedniem wyszkoleniu kontrolerów sanitarnych, mogą delegować na kurs swych funkcjonarjuszy, w drodze udzielenia im płatnego urlopu dla kandydatów na te stanowiska.

Opłata za cały kurs wynosi 50 zł.

Słuczacze w czasie pobytu na kursie w Warszawie mogą korzystać z Bursy Państwowej Szkoły Higjeny za opłatą kosztów utrzymania (pełne utrzymanie i pomieszczenie wynosi 5 zł. 50 gr dziennie).

Zgłoszenia na kurs z załączeniem własnoręcznie napisanego życiorysu, oraz odpisów świadectw szkolnych i względnie z poprzedniej pracy, należy nadsyłać do Sekretarjatu Państwowej Szkoły Higjeny (Warszawa, Chocimska 24) do dnia 25 stycznia 1929 roku.

Wobec tego, że liczba słuchaczy ze względu na ćwiczenia praktyczne nie może przekraczać 35, należy zawczasu nadsyłać zgłoszenia, gdyż podań, nadesłanych po 25 stycznia. Państwowa Szkoła Higjeny nie będzie mogła uwzględniać.

Warszawa, dnia 5 stycznia 1929 r.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia:
(Podpis nieczytelny).

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. H. 5050/28.

W sprawie przychodni przeciwwenerycznych.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Podstawą walki z chorobami wenerycznemi jest uświadamianie ogółu społeczeństwa o zgubnych skutkach chorób wenerycznych dla jednostki, społeczeństwa i rasy, oraz udostępnienie leczenia dla wszystkich.

Przychodnia przeciwweneryczna, urządzona i prowadzona na podstawie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22. III. 1928 o zakładach leczniczych (Dz. U. Nr. 38 poz. 382), będzie właśnie tą organizacją podstawową, która odpowie wyżej wyłuszczonym zasadom walki przeciwwenerycznej.

Wzorowa przychodnia przeciwweneryczna posiadać winna: 1) personel lekarski i pielęgniarski, odpowiednio wykwalifikowany, 2) odpowiedni lokal, 3) urządzenie, umożliwiające prawidłowe i wczesne rozpoznawanie choroby oraz stosowanie leczenia nowoczesnego, lecz nie eksperymentalnego, wreszcie przychodnia ta 4) winna zapewnić choremu jaknajwiększą dyskrecję osobistą.

W celu zapewnienia chorym tej dyskrecji osobistej oraz w celu obniżenia kosztów urządzenia i prowadzenia przychodni, przychodnie przeciwweneryczne należy, o ile możności, zakładać łącznie z innemi przychodniami, a w szczególności w ośrodkach zdrowia. Powyższe dotyczy zarówno i przychodni przeciwwenerycznych, istniejących na terenie, gdzie panuje kiła endemiczna i w miastach portowych. Inicjatywa otwierania nowych przychodni przeciwwenerycznych zasadniczo powinna należeć do samorządów i pożądane jest, by koszty utrzymania przychodni były preliminowane w budżecie samorządów.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych celem umożliwienia względnie ułatwienia poszczególnym samorządom otwierania wspomnianych przychodni udzielać będzie subwencyj na ich prowadzenie i urządzenie w granicach swego rozporządzalnego budżetu.

Warunkiem uzyskania subwencji rządowej na przychodnie przeciwweneryczne jest zadeklarowanie przez samorząd lub organizację społeczną obowiązku ponoszenia kosztów administracyjno-gospodarczych, związanych z utrzymaniem przychodni, oraz zobowiązanie się prowadzenia jej według wskazówek i zarządzeń Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia).

Zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz Rządu) wystąpić z odpowiednią inicjatywą do samorządu na terenie podległego mu Województwa, by niezwłocznie przystąpiono do organizowania przychodni przeciwwenerycznych i preliminowania odpowiedniej pozycji budżetowej na cel powyższy.

O wynikach swej inicjatywy zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz Rządu) powiadomić Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia).

Warszawa, dnia 7 listopada 1928 r.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia:
(Podpis nieczytelny).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, Nr. 2, z 10 stycznia 1929: K. Dłuski: O jamach jawnych w płucach gruźliczych (650 jamowych), (c. d.). — R. Szabad-Gawrońska: Leczenie ropnego zapalenia opłucny rivanolem u niemowląt i dzieci do 2 lat. — M. Goldman: O splenomegaljach (Streszcz. zbior.). — L. Włodawerówna: Leczenie przewlekłych schorzeń stawowych szczepionką Paula (Cutivaccin) (dok.). — N. Blumentalówna: O chorobach wśród nauczycieli szkół powszechnych na podstawie liczb m. st. Warszawy w latach (1924—1926) (dok.).

Lekarz Polski, rok V, Nr. 1, z 1 stycznia 1929: Nowy Rok. — K. Lipski: Wyjaśnienia w sprawach szpitalnictwa małopolskiego. — S. Mikołajski: Ośrodek Zdrowia i Opieki Społecznej w powiecie sanockim. — Z. Rudolf: Sprawa mieszkaniowa, a gruźlica. — Higjena wsi w Jugosławji, na Węgrzech i w Niemczech. — Medycyna społeczna zagranicą.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, Nr. 2, z 13 stycznia 1929: J. Poratyński: W sprawie wznowienia Oddziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. — Sprawy zawodowe.

Ginekologja Polska, tom VII, rok 1928, za październik—grudzień, zeszyt X—XII: Wspomnienia pośmiertne: ś. p. Dr. Stanisława Kwiatkiewicza i ś. p. Dr. Jana Gromadzkiego. — T. Keller: Badania doświadczalne nad hormonami jajnikowemi. — T. Keller: Kapilaroskopja w położnictwie. — M. Seidler i H. Lenartowski: O znaczeniu badania rentgenologicznego w rozpoznaniu torbieli skórzanych. — J. Niewoła: Próby uodpornienia rodzących nukleinianem sodu. — T. Zawodziński: Wartość kli-

niczna histerosalpingografji. — St. Liebhardt: Partus insensibilis. — J. Doliński: Przypadek wady rozwojowej łuski kości potylicowej. — H. Newlińska: O podwiązaniu pępowiny. — A. Ceytlin: Znieczulenie miejscowe w małych zabiegach operacyjnych na macicy. — B. Grankowski: Przypadek zgorzeli sromu i pochwy w czerwonce. — F. Hłasko: W sprawie krwotoków jajnikowych, klinicznie naśladujących pękniętą ciążę pozamaciczną. — L. Lorentowicz: O kierunku zachowawczym lecznictwa ginekologicznego.

Lekarz Wojskowy, tom XII, Nr. 4, z października 1928: H. Szczodrowski: Porządek badania męskiej cewki moczowej w przewlekłych jej zapaleniach. — J. Fegler: O efekcie chemicznego podrażnienia czuciowych zakończeń nerwowych w płucach. Wł. Jamrusz: O działaniu tlenu w zastosowaniu podskórnem. Sterling-Okuniewski St. i Rosnowski M.: Przyczynek do epidemjologji i kliniki włośnicy. — Fr. Białokur: Materjały do historji służby zdrowia w powstaniu styczniowem.

Nowiny lekarskie, rok XLI, zeszyt 2, 15 stycznia 1929: R. Arend: Zmiękninie kości a przekwitanie. — Z. Dziembowski: Autotransfuzja krwi naświetlanej promieniami X. — Z. Grudziński: O klinikach i oddziałach szpitalnych radjologicznych. — A. Karwowski: Przemówienie na otwarcie uroczystości 40-lecia „Nowin lekarskich" i 10-lecia pracy społeczno-lekarskiej. — K. Kardaszewicz: Kilka wspomnień z przeszłości.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, Nr. 3, z 20 stycznia 1929: J. Poratyński: W sprawie wznowienia Oddziału farmaceutycznego Uniw. Jana Kaz. we Lwowie (dok.). — Synteza morfiny. — Odżywianie się Japończyków. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Lekarz wojskowy, rok X, tom 13, Nr. 2, z 15 stycznia 1929: A. Huszcza: Medycyna na usługach lotnictwa. — Z. Żołędziowski: Powikłania przy podspojówkowych zastrzykach hipertonicznych rozczynów soli kuchennej. — H. Levitteux: Przypadek odosobnionego pęknięcia panewki stawu biodrowego. — O. Bujwid: Zwalczanie chorób zakaźnych i pasorzytniczych w Brazylji.

Medycyna, rok III, Nr. 2, z 12 stycznia 1929: Z. Michalski: Materjały do badań nad znaczeniem fosfolipin w zakażeniu gruźliczem. — B. Kokajl-Kowalewska i Z. Chrempińska: Badania porównawcze nad odczynami skórnemi po zastosowaniu starej tuberkuliny, normalnej surowicy końskiej, zawiesiny Kocha i Propidonu. — R. Wierzbicki: Stan bezkontraktowy. — W. Zawadowski: Drugi międzynarodowy Zjazd radjologów w Sztokholmie (lipiec 1928) (dok.).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, Nr. 3, z 17 stycznia 1929 r.: J. Kuczyński: Przyszłość wiedzy lekarskiej w świetle Prawa Stworzenia. — K. Dłuski: O jamach jawnych w płucach gruźliczych (650 jamowych) (c. d.). — J. Typograf: Przyczynek do leczenia stanów obrzękowych. — B. Goldstein: Dietetyka z punktu widzenia równowagi jonów (Streszcz. zbior.) J. Babecki: Opieka lekarska w szkole.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo rosyjskie.

Wraczebnaja Gazieta.

Nr. 3, r. 1928.

M. Akułow: *Leczenie żółtaczek insuliną*. Autor wychodząc z założenia, że w przebiegu schorzeń wątroby występują poważne zaburzenia przemiany węglowodanowej wypróbował działanie insuliny w najrozmaitszych postaciach żółtaczek nieżytowych. Zastrzykiwał on mianowicie 10—30 jednostek insuliny takim chorym, podając im jednocześnie 50 do 100 g cukru per os. U wszystkich 9-ciu leczonych tak chorych, nastąpiło zupełne uzdrowienie a przebieg choroby trwał ledwo jeden tydzień miast dotychczasowych 3—6 tygodni. Glikogen występujący w zwiększonej ilości w wątrobie pod wpływem insuliny przyczynia się, zdaniem autora, do wzmożenia się obronnej czynności wątroby. Insulina przedstawia zatem cenny środek leczniczy w przebiegu żółtaczek.

L. Sokolski i P. Kenis: *Parenteralne leczenie za pomocą ichtyolu stanów zapalnych najądrza*. W roku 1926 Struszyński a obok niego Kuszelewski ogłosili drukiem nader pomyślne wyniki leczenia niektórych chorób skórnych i wenerycznych za pomocą ichtyolu. Autor stosował wspomniane leczenie w 25 przypadkach zapalenia najądrza a równocześnie w celach kontrolnych w innych 11 przypadkach takiego samego schorzenia zastrzykiwał gonowakcynę. Technikę leczenia stosował następującą: 2% rozczyn ichtyolu, sporządzony w aptece — wyjaławiano przed użyciem pod ciśnieniem a następnie zastrzykiwano 1 g wspomnianego rozczynu w okolicę pośladkową. Ciepłota stale następnego dnia wznosiła się do 37,9° a jedynie w 2-ch przypadkach zanotowano 38° Dodatnie samopoczucie chorych utrzymywało się przez cały czas leczenia. Miejsce zastrzyknięcia zazwyczaj bezbolesne są również wolne od nacieków. Po 2 ch lub 3-ch dniach od ustania wszelkiej reakcji ustroju powtarzał autor śródmięśniowe podawanie ichtyolu, zwiększając dawkę o jeden gram. Już po czterykrotnych zastrzyknięciach omawiane schorzenie zapalne ustępowało. Prócz tego równocześnie stosował autor miejscowe okłady z ichtyolu. Leczenie więc zasadzało się na wśródmięśniowem podawaniu 2% ichtyolu oraz na stosowaniu okładów.

W ostrzejszych przypadkach już następnego dnia zaznaczała się wybitna poprawa: najądrza wielkości pięści klęsły wydatnie a 5-go lub 6 go dnia chory był w stanie opuścić szpital. W sprawach przewlekających się stan uzdrowienia trwał nieco dłużej a przecież był o wiele krótszy niż podczas leczenia gonowakcyną.

Działanie ichtyolu w istocie swej stanowi niejako odmianę proteinoterapji. Ichtyol zawiera około 10% siarki. Ichtyol należałoby stosować we wszystkich takich schorzeniach, w których posługujemy się zazwyczaj proteinoterapją, ichtyol jednakowoż posiada większe zalety od mleka a to dzięki łagodnemu działaniu na cały ustrój, nie powodując nadto żadnej bolesności. Sam ten środek zasługuje niewątpliwie na wyróżnienie w praktyce codziennej.

Nr. 5, r. 1928.

A. Krasnopolski: *Odczyn Davis'a i jego ustosunkowanie się do odczynu Obermeyer'a*. Odczyn Davis'a, zalecany w celach rozpoznawczych w przebiegu schorzeń rakowych, chociaż utracił w ostatnich czasach swe decydujące znaczenie, to jednak wciąż jeszcze bywa uwzględniany jako odczyn *sui generis*. Istota jego polega na pojawianiu się w moczu odrębnych ciał, świadczących o wybitnem zaburzeniu przemiany wewnątrzkomórkowej u chorych cierpiących na nowotwory złośliwe z objawami wyraźnego charłactwa. W pracy swojej opiera się autor na systematycznem badaniu cierpiących w poliklinice chorób przewodu pokarmowego. Badania jego dowiodły, że 1) omawiany odczyn Davis'a u jednego i tego samego chorego daje czasami wynik dodatni, czasami ujemny, 2) dodatni wynik tego odczynu najczęściej występuje w przebiegu zaburzeń przewodu pokarmowego, cechujących się wzmożeniem procesów gnilnych bądź i w takich okolicznościach, w których przetwory rozpadu gnilnego z łatwością przedostają się w większej ilości do krwi (zaparcie, hipertoniczne nieżyty jelit grubych w szczególności w przypadkach obfitego żywienia się białkami). Stopniowe usuwanie owych zaburzeń (za pomocą lekarstw przeczyszczających w przypadkach zaparcia) wpływa zawsze na zmianę w ten sposób, że dodatni odczyn Davis'a zamienia się na ujemny, 3) w tych samych przypadkach wypada również stale dodatnio inny odczyn a mianowicie wykazujący obecność indykanu w moczu.

Równoległe stosowanie próby Davis'a oraz odczynu Obermeyer'a, mającego na celu wykazanie indykanu dowiodło, że między wspomnianemi próbami zachodzi pewien ścisły związek i to zarówno w przypadkach dodatniego jakoteż ujemnego odczynu. W tych razach mianowicie, w których próba Davis'a wypadła dodatnio wynik próby Obermeyer'a jest również taki sam. Ujemny wynik próby pierwszej pociągał za sobą stale ujemny wynik próby drugiej. Jednakowe wyniki obydwóch prób wykazywały zarazem jednakowy stopień nasilenia i zabarwienia się wspomnianych odczynów. Próby te skontrolował autor na 118 chorych. Technikę badania moczu sposobem Davis'a oparł autor na zasadzie Brauna, który dowiódł, że odczyn ten daje wynik dodatni w przypadkach, w których z moczu usunięto barwniki za pomocą *plumb. acetic.*, odpowiednio do tego zastosował on nadto następujące odmiany badania: 1) Mocz, wykazujący wyraźną obecność indykanu był zużyty przez niego do celów próby Davis'a. Wyciąg eterowy, zawierający czerwony barwnik oddzielano, pozostałą zaś część badano według Obermeyer'a. Wynik w tych razach wypadał ujemnie, 2) dokonywanie tej próby w odwrotnym porządku dawało ujemny wynik odczynu Davis'a. Powyższe fakta przeczą istnieniu jakichś hipotetycznych barwników, właściwych chorym rakowym, wysuwając zarazem bardziej dostępne wyjaśnienia istoty odczynu Davis'a. Zdaniem autora treść zabarwienia zależy od indygo, które z granatowego przybiera kolor czerwony (indyrubina). Pod tym kątem widzenia próba Davis'a może być uważana jeno za pewną odmianę odczynu mającego na celu wykazać obecność indykanu.

Tego rodzaju wyjaśnienie nakreśla znaczenie owej próby w praktyce codziennej.

G. Rożdiestwieński: *Śródżylne stosowanie 1% emetyny w przebiegu dychawicy oskrzelowej.* Dodatnie wyniki stosowania 1% emetyny w leczeniu dysenterji oraz nieżytowych stanów jelit grubych — skłoniły autora do wypróbowania tego środka leczniczego, usuwającego toniczny skurcz mięśni gładkich właśnie w przypadku dychawicy oskrzelowej. Poprzednio wzmiankowanego chorego leczono z przemijającym wynikiem w instytucie fizjoterapeutycznym, następnie otrzymał 42 injekcyj atropiny i stale palił papierosy przeciwastmatyczne, jednakowoż napady duszności nie ustępowały. Dnia 8. I. 1928 autor dokonał śródżylnego podania 1% emetyny w ilości 1,0. Dnia 11. I. chory oznajmił, że napady duszności ustąpiły, co skłoniło autora do ponownego zastosowania tego środka w ilości 2,0, choremu zaś polecono, aby po upływie 2-ch dni zgłosił się do lekarza. Chory jednakowoż przybył dopiero 18. I., uzasadniając spóźnione przybycie ogólną poprawą a w czasie tym objawy duszności ustąpiły w zupełności i nie doznał on ani jednego napadu a nawet jest w stanie sypiać na lewym boku, co było dotychczas niemożliwe. Podczas badania fizykalnego stwierdzono u niego jeno poszczególne suche świsty, gdy przedtem dawały się słyszeć wyraźne rozlane furczenia. Dnia 23. I. zastrzyknięto choremu ponownie 2 g 1% rozczynu emetyny. Chory uważa się za wyleczonego.

Nr. 18, r. 1928.

G. Amfiteatrow: *O odmiennym sposobie przerywania wczesnej ciąży.* Częste ujemne następstwa tak zwanej skrobanki są powszechnie znane zwłaszcza o ile przeprowadzają ją niewprawne ręce młodych lekarzy. Okoliczności te skłoniły autora do znacznego udostępnienia i uproszczenia wspomnianego zabiegu zwłaszcza pod względem technicznym. Już przed paru laty prof. Mizonow polecił stosować t. zw. fizjologiczny sposób przerywania ciąży, polegający na wykorzystywaniu do tego celu przyrodzonych właściwości ustroju. Poleca on mianowicie zastrzykiwać do jamy macicy ciężarnej 2—5 ccm nalewki jodowej powyżej wewnętrznego ujścia w ciągu 3—5 dni. Działanie jodyny potęgują nadto podrażniące płukania, które wywołują intensywniejsze skurcze macicy, mające na celu usunięcie przez rozwarte ujście zewnętrzne już to całego jaja płodowego, już to jego części. W tym ostatnim przypadku zachodzi konieczność dodatkowego wyskrobania resztek jaja płodowego. Sposób ten posiada jednakże tę wadę, że skurcze macicy następują dopiero 3—5-go dnia a niekiedy dopiero po jedenastu dniach a często również pojawiają się silne krwotoki, wymagające interwencji lekarskiej *in extremis.* Autor zmierza więc do udoskonalenia wspomnianego bardzo cennego, zdaniem jego, sposobu „fizjologicznego" przerywania ciąży a metoda jego zasadza się na następujących odmianach: danej chorej zastrzykuje się według wskazówek prof. Mizonowa za pomocą strzykawki Brauna 2—3 ccm nalewki jodowej w czasie od 1-go aż do 3 dni poprzedzających skrobankę. Już po pierwszem, częściej jednak po drugiem zastrzyknięciu po upływie 6—10 godzin występują bóle kurczowe oraz nieznaczne krwawienia. Nazajutrz po dodatnim wyniku zastrzyknięcia stosuje autor zwykłe wyskrobanie. Część pochwowa macicy staje się wówczas miękką i soczysta, ujście zaś zazwyczaj napoły rozwiera się i jest łatwo drożne dla małego palca. Szyjka daje się bez żadnego oporu rozszerzać rozszerzadłami Hegara a rękoczyn ten jest zupełnie bezbolesny. W wielu przypadkach już po usunięciu rozszerzadła Hegara wydzielają się z macicy gęste masy krwawe, składające się z rozpulchnionego i krwią przepojonego jaja płodowego. Sondowanie 10-ym a nawet 12-ym numerem rozszerzadła może spowodować conajwyżej nieznaczne uszkodzenia błony śluzowej, samo zaś wyskrobanie odbywa się zupełnie gładko. Łyżeczka okienkowa bez trudu usuwa zmienione jajo a zabiegowi temu nie towarzyszą nigdy większe krwawienia. W przypadkach, w których przedwstępne przygotowania były niedostatecznie przeprowadzone mogą wprawdzie wystąpić krwawienia, są one jednak nieznaczne a ustają już po upływie 15—20 minut.

Wewnątrzmaciczne zastrzykiwania jodyny w okresie 7—12 tygodniowej ciąży są przeważnie zupełnie bezbolesne, a nieliczne tylko kobiety odczuwają nieznaczne tępe bóle w dolnej części brzucha; trwają one atoli bardzo krótko, bo zaledwie 10—15 minut. Na zgórą 2000 przypadków, w których autor stosował wyżej wymieniony sposób, żadna z poddanych zabiegowi temu kobiet nie skarżyła się na jakąś większą bolesność, jak również nie zauważył autor, u żadnej z nich objawów wstrząsu. Znaczna pojemność macicy ciężarnej zabezpiecza od przedostawania się wstrzykniętej jodyny w jajowody oraz do jamy brzusznej. Autor przestrzega przed stosowaniem jego sposobu w okresie sześciotygodniowej ciąży bądź też wcześniejszej, albowiem wtedy występują najczęściej silne bóle oraz stany omdlenia.

Dzięki nowemu sposobowi skraca się co najwyżej do 4-ch dni ewentualny pobyt chorej w szpitalu. Sam zabieg zresztą niemal bezbolesny jest nader prosty pod względem technicznym, a wszelakie niebezpieczne rękoczyny stają się zgoła zbędne. Zastrzyknięta jodyna powoduje tak poważne zmiany w jaju płodowem (rozpulchnienie i przepojenie krwią), że dalszy rozwój ciąży jest wogóle niemożliwy. Oczywiście, że przestrzeganie najściślejszej aseptyki jest konieczne zarówno w czasie wyskrobywania jakoteż w czasie zastrzyknięcia jodyny.

Pomyślne stosowanie omawianego zabiegu nietylko bez jakiegokolwiek wypadku śmiertelnego, lecz wogóle bez wszelkich powikłań — upoważnia autora do polecenia go wszystkim lekarzom jako sposobu bardzo prostego, celowego i najbardziej racjonalnego.

W. Fainberg: *W sprawie pochodzenia ciąży zewnątrzmacicznej.* W okresie lat od 1911—1925 autor spostrzegał w szpitalu gubernjalnym 237 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, stwierdzonych na stole operacyjnym. Liczba przypadków tych, zdaniem jego, niewątpliwie znacznie wzrosła w cyfrach niestosunkowych. Dzisiejsze precyzyjne metody rozpoznawcze a zwłaszcza badanie drobnowidowe oraz coraz bardziej ożywiająca się działalność chirurgiczna pozwalają ustalać ten fakt. Kliniczne spostrzeżenia autora stwierdzają, że w pochodzeniu ciąży zewnątrzmacicznej najważniejsze znaczenie mają pozapalne zmiany ścian trąbek, występujące po odbytych połogach. Mniejszy wpływ na powstawanie omawianej sprawy wywierają poronienia oraz rzeżączka. W mechanizmie utkwienia jaja w trąbce prócz *migratio ovi externa* oraz właściwości samego jaja i przypadkowych okoliczności najważniejsza rola przypada znacznemu upośledzeniu ruchowej czynności jajowodów.

Z.

Piśmiennictwo niemieckie.

Deutsche Zeitschr. f. öffentl. Gesundheitpflege.

5—6. 1928.

Prof. Dr. med. L. Schwarz: *Nowe doświadczenia przy gazowaniu sinowodorem.* W ostatnich 9 latach ilość dokonanych w Niemczech odpluskwień za pomocą sinowodoru wzrosła przeszło 16-krotnie. Stosuje się dwie metody: starszą, t. zw. kadziową i nowszą cyklonową. Przy metodzie kadziowej wywiązuje się sinowodór przez zadziałanie kwasu siarkowego na sinek sodu w blokach lub kulach ułożonych w kadziach. Cyklon B jest to płynny sinowodór w ziemi okrzemkowej z ustalaczem, umieszczony w hermetycznych puszkach blaszanych. Do tego dodaje się często substancyj drażniących powonienie, a to celem zwrócenia uwagi na niebezpieczeństwo przebywania w pobliżu miejsca dokonywanego odpluskwienia. Używa się różnych stopni zagęszczenia sinowodoru zależnie od rodzaju przedmiotów odpluskwianych, jakoteż od rodzaju szkodników, które się chce zniszczyć. Budynki stałe opróżnia się zupełnie z mieszkańców aż do oddania budynków do użytku, na okrętach zostawia się straż, która ma się znajdować na pokładzie. Dotychczas nigdzie władze nie zezwalają na stosowanie sinowodoru w częściach budynków z pozostawieniem lokatorów w reszcie mieszkań, bo nawet przy zastosowaniu wspomnianych wyżej substancyj drażniących niebezpieczeństwo zatrucia nie jest wykluczone. Nadzór państwowy nad stosowaniem sinowodoru wykonuje w Hamburgu na okrętach lekarz portowy, na lądzie zaś osobna komisja, w której skład wchodzą dwaj członkowie państwowego zakładu higjeny. Ta komisja bada przed wydaniem zezwolenia, czy dany budynek może być poddany działaniu sinowodoru i jakie należy wydać zarządzenia dla ochrony otoczenia. Staranne wykonanie tych zarządzeń podlega kontroli rzeczoznawców z państwowego zakładu higjeny. Za nienaganne przeprowadzenie czynności odpowiada przedsiębiorstwo, które ją przeprowadza. Ze względów gospodarczych przeprowadza się zazwyczaj gazowanie budynków od soboty popołudniu; w niedzielę się wentyluje budynek, a w poniedziałek oddaje się go do użytku, o ile na to pozwalają rzeczoznawcy i o ile stosunki atmosferyczne oraz rodzaj przegazowanego materjału nie wymagają dłuższego przewietrzania. Przed oddaniem budynku musi przedsiębiorstwo dokonać próby w przegazowanych i w sąsiednich ubikacjach, czy nie pozostała reszta sinowodoru. Próba ta polega na tem, że wykłada się bibułę do filtrowania napojoną mięszaniną równych części octanu benzydynowego i octanu miedziowego. Jeżeli ta wilgotna bibuła w 7 sekundach błękitnieje, natenczas jeszcze jest obecny sinowodór i nie wolno oddawać budynku do używania. Próba wykazuje jeszcze obecność 15 do 20 mg sinowodoru na 1 metr sześcienny powietrza. Ludzie mogą dłuższy czas przebywać w atmosferze za-

wierającej 50 mg sinowodoru w metrze sześciennym powietrza. Takie ilości bardzo silnie wonieją, ale też dają silne zabarwienie błękitne papierków napojonych octanem benzydynowo miedziowym. Dawka trująca dla człowieka wynosi około 1 mg na kilogram wagi ciała, czyli dla dorosłego mężczyzny około 70 mg sinowodoru. Nawet przy ujemnym wyniku próby żąda się dla niektórych objektów trzymania okien otworem jeszcze przez następny dzień, bo każdy znawca gazowania sinowodorem wie, że niektóre materjały, jak poduszki, materace i odzież wchłaniają znaczne ilości sinowodoru, zatrzymują je, a potem w pewnych warunkach znów wydzielają. Autor przeprowadził szereg badań dla stwierdzenia jak długo różne materjały zatrzymują wchłonięty sinowodór. Okazało się, że np. materace pomimo przewietrzenia jeszcze po 48 godzinach zawierają znaczną ilość sinowodoru. Trzepanie częściowo tylko wydala gaz, ale mimo to winno być stosowane. Natomiast ogrzewanie działa w tym kierunku bardzo wydatnie, tak, że nawet ogrzanie przez ciało ludzkie może spowodować wydzielenie znacznej ilości sinowodoru z przegazowanego materaca i w niekorzystnych okolicznościach spowodować śmiertelne zatrucie. Mimo to wszystko ilość nieszczęśliwych przypadków przy stosowaniu sinowodoru jest znikomo mała.

W ostatnim roku uruchomiono w Hamburgu kilka komór sinowodorowych dla zabijania moli w dywanach i wyścielanych meblach. Po 24 godzinnem gazowaniu otwiera się tylko jedną komorę. Ludzie uzbrojeni w maski gazowe, wyjmują przedmioty z komory i układają je pod zadaszeniem ze wszystkich stron otwartem. Po opróżnieniu jednej komory otwiera się drugą i t. d. — Ten porządek zaprowadzono w tym celu, ażeby przy równoczesnem otwarciu kilku komór nie wydostały się naraz za duże ilości sinowodoru, któreby przy niekorzystnych warunkach atmosferycznych mogły rozejść się w sąsiedztwie zakładu. Po 24 godzinnem wietrzeniu trzepie się gruntownie przegazowane przedmioty na wolnem powietrzu i oddaje się je właścicielom dopiero po kilku dniach, o ile próba na pozostałość sinowodoru wypadła ujemnie. Przy niskiej ciepłocie powietrza postępuje się szczególnie ostrożnie, bo — jak już wspomniano ciepło sprzyja wydzielaniu sinowodoru z przegazowanych przedmiotów. Do tępienia szkodników w inspektach używa się do gazowania, połączenia kwasu pruskiego z wapnem Autor uważa to postępowanie za bardzo skuteczne a mało niebezpieczne, żąda tylko, aby wykonywanie spoczywało w rękach odpowiednio wyszkolonych osób.

Dr. Weinsberg (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 23 maja 1928 r.

1) Kol. Schweig przedstawia 9-cio miesięczne dziecko R. L. N. Na pierwszy rzut oka widoczny *oczopląs poziomy*, oraz ustawienie lewej gałki ocznej w zezie zbieżnym. W pierwszej chwili chciałoby się te objawy przypisać wyłącznie albinizmowi dziecka (zupełnie płowy włos jasno niebieskie tęczówki). Dokładniejsze badanie wykazuje kompletną raryfikację tkanki tęczówkowej, w której brak zupełnie warstwy barwikowej, a w stratum proprium we wielu miejscach widać duże luki kształtu trójkątnego z wierzchołkiem przy circulus iridis major, tak, że luki te ograniczają się do pars ciliaris iridis. Przy rzucie światła do gałki ocznej widać zatem prócz czerwonego refleksu ze źrenicy po kilka czerwonych refleksów naokoło źrenic. Dziecko otrzymało okulary w których w szkłach ciemnym papierem podklejonych znajdują się małe otwory, przepuszczające światło tylko na przeciw źrenicy (otwór stenopeiczny).

2) Kol. Schweig przedstawia chorą D. D. lat 15: chorowała jako pięcioletnie dziecko na obustronne zapalenie miąższu rogówki na tle wrodzonej kiły. Przechodziła wtedy specyficzną kurację rtęciową. Od tego czasu nie znajdowała się pod obserwacją lekarską. Teraz widzimy u chorej w całej pełni rozwinięty *nawrot keratitis parenchymatosa*. Wassermann we krwi ++++. Chora zasługuje na demonstrację z dwóch powodów. Primo — sam fakt nawrotu keratitis parenchymatosa należy do rzadkości. Sekundo - zdania co do wartości specyficznego leczenia przeciwkiłowego dla przebiegu keratitis parenchymatosa są podzielone, zdaje się jednak, że do nawrotów lgną przypadki niedostatecznie specyficznie leczone.

3) Kol. Schweig przedstawia chorą Gucię L. lat 19, niezborność na obu oczach 4 dptr. Krótkowzroczność 8 dptr. Visus po korekcji — 6/24, na dnie oczu chorioretinitis. Wassermann we krwi ++++. Badanie w Sekcji do Walki z Gruźlicą: O. B. 335, Mantoux 1/100,000 +++, Wassermann we krwi rodziców ujemny. Chodzi zatem o zachorowanie dna oczu przy niewyjaśnionej etjologji wskutek koincydencji kiły i gruźlicy. Przeprowadzono kurację przeciwkiłową, obecnie Wassermann we krwi ujemny.

4) Kol. Justman przedstawia przypadek rzadko spotykany t. zw. *myotonicznej reakcji źrenicy na zbieżność*. Pani A. F., lat 63, zgłosiła się w początku maja r. b. ze skargami na „kurcze" w łydkach, trwające od 4-ch lat, a zwiększające się podczas chodzenia. Bóle w piersiach miewa już od dawna, z początku zjawiały się przy zmęczeniu, od dwóch miesięcy zaś, t. j. od czasu śmierci syna, nawet w łóżku. Mąż chorował 20 lat temu na wiąd rdzenia, zmarł 6 lat temu, rzekomo, z powodu paraliżu jelit. Dwoje dzieci zdrowych, jedna córka zmarła na płonicę. Poronień nie było. St. Ob. szczupła, prawidłowej budowy. Stłumienie na rękojeści mostka, tony serca czyste. Brzeg wątroby na wysokości pępka, niewrażliwy. Brak zmian czucia zarówno powierzchownego, jak i głębokiego. Odruchy ścięgniste kończyn górnych normalne, kolanowe żywe, Achilesowy lewy słabszy od prawego normalnego. Łydki obie tkliwe szczególnie prawa. Źrenica lewa rozszerzona, zniekształcona skośnie z góry i z zewnątrz ku dołowi i na wewnątrz, na światło nie oddziaływuje wcale, *przy badaniu na zbieżność powoli zwęża się i staje się węższą, niż prawa;* zwężenie to trwa do 15-tu sekund i w ciągu następnych 30—40 sekund powoli przechodzi, poczem źrenica lewa znów staje się szerszą od prawej. Deformacja elipsoidalna i skośny kierunek stają się na zwężonej źrenicy jeszcze widoczniejsze, niż na rozszerzonej. Prawa źrenica okrągła, na światło oddziaływuje żywo, na ustawienie normalnie. Próby palconosowa i pięto - kolanowa z obu stron wypadły normalnie, zarówno przy otwartych, jak i zamkniętych oczach. Objawu Romberga brak. Odczyn Bordet-Wassermanna we krwi ujemny, gardziel normalna. Na drugim palcu stopy prawej powierzchowne owrzodzenie. Powyższy zbiór objawów daje się rozpoznać *jako początkowy wiąd rdzenia*.

5) Kol. Uryson przedstawia przypadek *tętna paradoksalnego*. Chory Z., lat 25, jedenaście miesięcy temu zachorował na odmę samoistną. W przebiegu choroby nastąpiło zapalenie opłucnej wysiękowe surowicze, po dłuższem leczeniu szpitalnem i klimatycznem objawy opłucnowe ustąpiły; choremu przybyło na wadze 22 kg. Od dwóch miesięcy chory narzeka na duszność przy najmniejszym wysiłku fizycznym i na znaczne osłabienie. Przy badaniu stwierdzono podczas głębokiego wdechu zupełny obustronny (przepadanie) zanik tętna na tętnicach promieniowych. Roentgen wykazał w kącie sercowo-przeponowym lewym zrost, który podczas wdechu naciąga się, jak cieniutka cięciwa łuku, hamując ruchy serca, tak, że lewa komora jest spłaszczona i podczas skurczu w fazie wdechowej wyrzuca mniej krwi niż podczas skurczu w fazie wydechowej. Choremu zaproponowano zastrzyknięcie fibrolizyny, ewentualnie zabieg operacyjny (kardiolizę).

6) Kol. Sterling protestuje przeciwko podawaniu, w obecności osób trzecich, danych z wywiadów chorych demonstrowanych; o wywiadach, zwłaszcza o obarczeniu dziedzicznem kiłą lub gruźlicą, wogóle o rozpoznaniu cierpienia, należy mówić przed wprowadzeniem chorego na salę.

7) Kol. Załęski w odpowiedzi zaznacza, że te przykre dla chorego fakty ustaną z chwilą otrzymania dla Towarzystwa Lekarskiego jeszcze jednego pokoju.

8) Kol. Barciński wygłasza odczyt pod tytułem: „*Nieoperacyjne metody leczenia raka*". Nowotwory złośliwe nie są schorzeniem czysto lokalnem, są one wyrazem ogólnego cierpienia, skazą organizmu. Bodźce zewnętrzne nie są warunkiem koniecznym przy powstawaniu nowotworów złośliwych. W klinice raków bardzo często obecność bodźca zewnętrznego nie da się wykazać. Nowotwory te należy cenić jako produkt czynnika wewnętrznego, którego istota tkwi najprawdopodobniej w konstytucji ustroju. Cały szereg spostrzeżeń klinicznych i doświadczalnych wskazuje na kolosalną rolę w powstawaniu guzów złośliwych — układu gruczołów dokrewnych. Tem się tłumaczy, dlaczego wyłącznie miejscowe leczenie guzów, jak np. zabieg operacyjny, daje tak mały odsetek trwałych wyleczeń. Leczeniu poddać należy nietylko guz sam jako taki, lecz również patologiczny stan czynnika natury ogólnej. Miejscowe leczenie nowotworów złośliwych ma swe teoretyczne uzasadnienie w pracach Watermana, Warburga i innych. Tkanka nowotworowa pod względem fizykochemicznym stanowi wybitnie niestały system, łatwo ulegający znacznym wahaniom pod wpływem zewnętrznych zmian fizykalnych, jak naprzykład przez zmiany koncentracji jonów otaczającego środowiska. Komórki nowotworowe w przeciwieństwie do komórek normalnych, czerpią swą energję żywotną nie z procesów oksydacyjnych, a z procesów glikolitycznych dość dużej mocy. Te własności specyficzne komórek nowotworowych i ich wahania zależne

od koncentracji jonów środowiska otaczającego, są wykorzystane dla celów leczniczych. Bezpośrednie wprowadzenie jonów np. drogą iontophorezy lub pośrednio drogą dożylną w postaci soli metali ciężkich nie dały jednak wyników zupełnie zadawalających. Związki metali ciężkich aczkolwiek wywołują duże zmiany tkanki nowotworowej, autolizę, to jednak niebezpieczeństwo zatrucia organizmu produktami szybko rozpadającego się guza i samym związkiem metalicznym w dużej mierze ogranicza ich stosowanie praktyczne. Działania związków metali w postaci kolloidalnej, co znakomicie zmniejsza ich toksyczność, niewiele różni się od zwykłej proteinoterapji. Ogólne leczenie nowotworów, jako skazy ustrojowej, również nie dało zadawalających rezultatów. Specyficzne surowice przeciwnowotworowe, które powstały w myśl słynnych doświadczeń Erlicha i Apolanta w działaniu swojem nie odbiegają zasadniczo od proteinoterapji stosowanej pod tą lub inną postacią. Takie same działanie, jak doświadczalnie stwierdzono, posiadają, również promienie Roentgena, radu i gorące powietrze otaczające. Stosowane leczenie wyciągami gruczołów dokrewnych i operacje odmładzające w najlepszym wypadku dają tylko przejściowe polepszenie się stanu ogólnego. Leczenie promieniami Roentgena i radu, ze względu na ich działanie miejscowe i ogólne, najbardziej odpowiada praktycznym wymogom terapji nowotworów złośliwych, nie nadających się do zabiegów krwawych. Przyczyna niepowodzeń leczenia energją promienistą tkwi w wyczerpaniu sil obronnych cierpiącego ustroju.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Sterling, Klozenberg, Uryson, Załęski i Gliksman. Dyskusja toczyła się dookoła pytania, zadanego przez kolegę Sterlinga: jakie jest zasadnicze działanie promieni Roentgena. Na pytanie to prelegent odpowiada, że promienie Rontgena wpływają zasadniczo na wszelkie przejawy życiowe komórek deprymująco, przy przejściu swem przez ustrój kierowane są prawami optycznemi. Organizm sam jest bez wpływu na podział energji promienistej. To odróżnia promienie Roentgena od innych stosowanych leków, na które przemiana materji ustroju i krwiobieg ma wpływ w sensie równomiernego podziału. Prawo Arndt-Schultza w stosunku do promieni Roentgena nie jest dowiedzione. Nie jest dowiedzione, również istnienie tak zwanej „Reizdosis", dawki bezpośrednio pobudzającej do żywszej czynności.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a k l i n i c z n e g o w szpitalu św. Anny-Marji z dnia 20 czerwca 1928 r.

1) Kol. Józef K o n przedstawia 7-mio letnią dziewczynkę *z porażeniem podniebienia miękkiego,* powstałem w trzy tygodnie po tonsylotomji; przypadek należy do bardzo rzadkich.

2) Kol. P o l a k o w przedstawia *przypadek pląsawicy (chorea mollis)* o bardzo ciekawym przebiegu, cierpienie zaczęło się od mieszkowatego zapalenia migdałków (angina lacunaris). Po czterech dniach czuła się zupełnie dobrze. Na piąty dzień chora zeszła boso na podłogę i zachorowała powtórnie na anginę lakunarną, a po dwu dniach wystąpiły objawy gośćca stawowego. W 10 dniu zachorowania stwierdzono zapalenie wsierdzia, następnie stwierdzono objaw Gordona i wytworzyły się objawy chorea mollis. Pod wpływem leczenia salicylem i bromem stan chorej stopniowo stawał się coraz lepszy.

3) Kol. W o ź n i a k ó w n a przedstawia 7-mio letnie dziecko *z tężcem.* Dziecko zachorowało nagle bez widocznej przyczyny. Po czterotygodniowem mieszanem leczeniu surowicą i siarczanem magnezu nastąpiło wyleczenie.

4) Kol. O r y ń s k a przedstawia dziecko *z torbielą uda prawego.*

5) Kol. B i a ł a s z e w i c z ó w n a (wraz z kol. B e r n s z t a j n ó w n a) wygłosiła referat pod tytułem: *Próby czynnościowe nerek w pląsawicy.*

6) Kol. B i a ł a s z e w i c z ó w n a wygłosiła referat, napisany wspólnie z kol. B e r n s z t a j n ó w n ą pod tytułem: *„Obraz krwi w pląsawicy".*

7) Kol. Bronisław F r e n k i e l wygłosił odczyt pod tytułem: *„Patogeneza pląsawicy".* Wywiady i badania poszczególnych przypadków pląsawicy oraz różne dane statystyczne ustalają ścisły związek tej choroby z ostrem zapaleniem infekcyjnem stawów i pozwalają ją zaliczyć do t. zw. reumatoz. Poszukiwania bakterjologiczne nie ustaliły swoistości zarazka. Badania anatomopatologiczne Aschoffa ustaliły obecność w mięśniu serca pląsawiczych zarówno jak po przebytem zapaleniu stawów — wyłącznie w tych dwóch cierpieniach spotykane węzełki (twory nacieczeniowe).

Najważniejszym jednakże argumentem na korzyść ścisłego związku 2-ch wspomnianych chorób są badania doświadczalne dawniejsze (Westphal i Wassermann) i nowsze (Dick i Rotstein, Rosenow), z których wynika, że szczepy wyhodowane z krwi pląsawiczych zdolne są do wywołania zapalenia stawów. Badania anatomopatologiczne układu nerwowego pląsawiczych wykrywają zmiany typu przeważnie degeneracyjnego, z rzadka tylko zato septyczne.

Wyzdrowienie zupełne po dość częstych i burzliwych nawrotach, rozważanie pląsawicy ciężarnych — przemawiają za toksycznem pochodzeniem w układzie nerwowym.

Uzyskanie zespołów pląsawiczych na drodze eksperymentu (Fuks-guanidyną, Mannini — alkoholem i Demme — jodoformem) i wreszcie najnowsze i bardzo podstawowe badania doświadczalne Lewyego w Berlinie zdaje się ostatecznie rozstrzygają to zagadnienie, tak, że teza, iż pląsawica jest cierpieniem infekcyjno-toksycznem w związku z zakażeniem reumatycznem może być uznaną za udowodnioną.

Badania Levyego, Heymana i Ostertaga nad szczepami dyfterycznemi i streptokowemi wskazują, że tylko niektóre z nich mają zdolność wywołania pląsawicy (u myszy). Nasuwa się przypuszczenie, że ważną tu jest obecność pewnych grup toksycznych, albo haptoformych, za pomocą których obecna w organizmie toksyna może być związana z poszczególnemi partiami ośrodkowego układu nerwowego.

Okazało się, że niektóre okolice tego układu są specjalnie wrażliwe na wyżej wspomniane toksyny, są to układy pozapiramidowe. Do nich w pierwszym rzędzie należą komórki zwojowe neostriatum i jądra podwzgórkowe. Analiza fizjologiczna objawów pląsawiczych w związku z ustalonemi zmianami histologicznemi uprawniła autorów do patrzenia na zespół pląsawicy jako objaw t. zw. odhamowania bladawcowego (Vogt). Nieulega przecież wątpliwości że w poszczególnych przypadkach występują również i objawy podrażnieniowe, co jest zrozumiałe, bo jednakże we wszystkich prawie partjach układu nerwowego znajdywano zmiany histologiczne.

Nie małą rolę w patogenezie pląsawicy gra pierwiastek konstytucji osobnika, chodziłoby tu o podatność organizmu w całości do infekcji, o jego siły opornościowe ogólne i swoiste, i wreszcie o wrażliwość układu nerwowego, a może o pewne poszczególne cechy układu pozapiramidowego. Duża rola przypada w tym kierunku gruczołom wydzielania dokrewnego; jednakże pogląd Morriniego, który uważa pląsawicę poprostu za dysfunkcje przytarczycy uważam za zupełnie niezgodny z codziennem naszem klinicznem doświadczeniem i eksperymentem. W ścisłym związku z naszemi zapatrywaniami na patogenezę pląsawicy pozostawić muszę usiłowania lecznicze.

8) Kol. I w a s z k i e w i c z wygłosił referat pod tytułem: *„Przebieg i leczenie pląsawicy w Szpitalu Anny-Marji".*

W dyskusji ogólnej nad wszystkiemi referatami wygłoszonymi zabierali głos koledzy: Józef K o n, P o l a k o w, K r y s z e k, T o m a s z e w s k i, F r e n k i e l, M o g i l n i c k i, T e n e n b a u m i I w a s z k i e w i c z.

Sekretarz *A. Tenenbaum.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

W Klubie Lekarzy Polskich dnia 21. I. odbyło się zebranie na którem Prof. Dr. Z. Szymanowski wygłosił odczyt p. t.: „Sprawa reformy nauczanie higjeny w dydaktyce uniwersyteckiej" po odczycie była dyskusja. Wstęp dla członków i wprowadzonych gości był wolny.

Dnia 30. XII. 1928 r. z pośród członków Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej został wybrany Zarząd tejże Izby w składzie następującym: Chodźko Witold (Naczelnik), Bujalski Jerzy i Szenajch Władysław (Zastępcy Naczelnika), Blay Jerzy (Skarbnik), Wowkonowicz Marjan (Pisarz), Goebel Franciszek, Jarecki Władysław, Kohan Dawid i Miklaszewska Janina (Członkowie).

S t u d e n c i w e t e r y n a r j i w w a l c e z p a r t a c t w e m w l e c z e n i u z w i e r z ą t. W ub. roku minister rolnictwa wydał rozporządzenia, na mocy których do zarobkowego leczenia i trzebienia zwierząt oraz do oględzin sanitarnych zostali dopuszczeni ludzie nieposiadający dyplomu lekarza weterynarji. Te rozporządzenia są niepokojące i godzą w stan lekarzy weterynarji.

Przeciwko fuszerce w lecznictwie i oddaniu prawa leczenia zwierząt w ręce ludzi niewykwalifikowanych zaprotestowali warszawscy i lwowscy studenci weterynarji, przyjmując prawie analogiczne uchwały, które skierowali do rad wydziałowych z prośbą

„o wzięcie w obronę kształcącej się młodzieży i całego zawodu lekarsko-weterynaryjnego, wprowadzenia ustawowej ochrony zawodu lekarsko-weterynaryjnego" i wyjednanie anulowania niekorzystnych rozporządzeń.

Konkurs na pracę naukową na temat: „Alkoholizm w wojsku". Szkoła Podchorążych Sanitarnych ogłasza konkurs na pracę naukową na temat: „Alkoholizm w wojsku". Praca ta winna stanowić samodzielny i nieogłoszony dotąd przyczynek do poznania przyczyn i warunków szerzenia się alkoholizmu w wojsku, względnie jego skutków. Praca ma być oparta na samodzielnych badaniach i obserwacjach i może mieć charakter kliniczny, statystyczny, higjeniczno-społeczny, wreszcie może dotyczyć zagadnienia przestępczości w wojsku pod wpływem zatrucia alkoholowego.

Praca w zasadzie powinna obejmować przynajmniej 1 arkusz druku. Przy wyjątkowych zaletach może być nagrodzona jednak praca mniejszych rozmiarów. W końcu pracy należy umieścić krótkie streszczenie, względnie wnioski w języku polskim i francuskim, niemieckim lub angielskim.

Termin nadesłania pracy 1-go października 1929 r. Prace winny być adresowane do p. Komendanta Szkoły Podchorążych Sanitarnych w Warszawie (Górnośląska 45). „Praca na konkurs".

Praca powinna być zaopatrzona godłem bez podania nazwiska autora. Do pracy należy dołączyć zapieczętowną kopertę, zaopatrzoną w godło, zawierającą wewnątrz imię i nazwisko, szarżę względnie stanowisko i dokładny adres autora.

Za najlepszą pracę nagroda wynosi 500 zł, II-ga nagroda — 300 zł, III-cia 200 zł. W razie wyjątkowych zalet nadesłanej pracy może być przyznana łącznie I i II, a nawet wszystkie 3 nagrody razem, jeśli inne prace nie będą zasługiwały na wyróżnienie.

Szkoła Podchor. Sanit. nabywa prawo drukowania nagrodzonych prac w „Lekarzu Wojskowym", przyczem autor otrzymuje należne mu honorarjum autorskie.

Drugi konkurs Szkoły Podchorążych Sanitarnych. Poza konkursem na pracę naukową p. t.: „Alkoholizm w wojsku", którego warunki podaliśmy wyżej, Szkoła Podchorążych Sanitarnych ogłasza drugi konkurs na dziełko propagandowe p. t.: „Alkoholizm, jego znaczenie i walka z nim, z uwzględnieniem warunków życia wojskowego".

Praca winna ująć w zwięzłym, treściwym i dostępnym dla ogółu inteligentnych czytelników wykładzie całokształt kwestji alkoholizmu, t. j. dać jasne pojęcie o wpływie alkoholu na ustrój człowieka i o znaczeniu, jakie ma alkoholizm dla społeczeństwa i narodu, a w szczególności dla wojska, a także wskazać na główniejsze przyczyny szerzenia się alkoholizmu i na skuteczne środki do jego zwalczania.

Praca ta, chociaż w ujęciu popularnem, nie powinna jednak odbiegać od danych i spostrzeżeń ściśle naukowych, ponieważ przeznaczona jest dla czytelników inteligentnych i jako pomoc dla lekarzy i oficerów, którzy mają prowadzić dla żołnierzy wykłady i pogadanki o alkoholiźmie i zgubnym jego wpływie. Najwięcej pożądane są prace, w których szczegółowo i wyczerpująco rozważane będzie znaczenie alkoholizmu dla żołnierza indywidualnie i dla armji wogóle.

Praca winna obejmować 3—4 arkusze druku (40—60 lub więcej stron pisma maszynowego) i powinna być pisana czytelnie na jednej stronie arkusza (recto).

Prace należy nadsyłać pod adresem: Szkoła Podchorążych Sanitarnych, ul. Górnośląska 45. „Praca na konkurs". Termin nadsyłania prac — 1 października 1929 r.

Nadsyłane prace winny być zaopatrzone w godło bez podania nazwiska autora. Do pracy ma być załączona zapieczętowana koperta, zaopatrzona w godło i zawierająca wewnątrz imię i nazwisko i dokładny adres autora.

Za najlepsze dwie prace będą przyznane nagrody: I nagroda wynosi 600 zł, II — 200 zł.

Szkoła Podchorążych Sanitarnych nabywa prawo ogłoszenia drukiem prac nagrodzonych.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jaknajszerszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszów do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych urządza wzorem 3-ch lat ubiegłych w siedzibie swej (Widok 23) w lutym, marcu i kwietniu r. b. serję odczytów z dziedziny klimatoterapji i balneoterapji polskiej.

Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych. — I. Serja. W piątek, dnia 1 lutego, godz. 20.30. — dr. Kazimierz Ciągliński: Jakie miejsce należy się Ciechocinkowi w rzędzie zdrojowisk polskich? — Dr. Ignacy Dembicki: Ciechocinek w przededniu nowych form swego rozwoju. — Doc. Dr. med. Leonard Lorentowicz: Ciechocińskie kąpiele borowinowe. — W czwartek, dnia 28 lutego, godz. 20,30. — Doc. Dr. med. Antoni Sabatowski (Lwów): Kąpiele borowinowe i mułowe oraz ekspertyza tych materjałów kąpielowych.

Kraków.

Otwarcie pracowni psychotechnicznej. Dyrekcja miejsk. Muzeum przemysłowego i dyrekcja krakowskiej kolei elektrycznej, otwarły w gmachu Muzeum przemysł. pracownię psychotechniczną. W pracowni tej odbywać się będzie badanie kandydatów do służby tramwajowej, na wzór podobnych instytucyj zagranicznych.

2) Badanie mięsa na obecność włośni. Pod powyższym tytułem wyszła książka Ludwika Röhrenschefa naczelnego miejskiego lekarza weterynaryjnego w Krakowie. Książka ta z licznemi rysunkami w tekście, jest doskonałym podręcznikiem dla oglądaczy mięsa. Do książki dołączony jest wyciąg z rozp. Prez. Rzeczyposp. z 22 marca 1928 o badaniu zwierząt rzeźnych i mięsa.

Kursa uzupełniające dla lekarzy. Podobnie jak w latach ubiegłych, organizuje Uniwersytet Jagielloński w Krakowie także i w nadchodzącym terminie wiosennym kursa uzupełniające dla lekarzy w czasie od 11 do 20 marca 1929 r. Opierając się na spostrzeżeniach, zebranych w latach poprzednich, Komisja kursów uwzględniła tym razem możliwie szeroko zagadnienia z zakresu medycyny społecznej, profilaktyki, poradnictwa zawodowego, z któremi to zagadnieniami spotyka się w życiu każdy lekarz, czy wolno praktykujący, czy też lekarz wojskowy lub lekarz pracujący w Kasach chorych. Informacyj w sprawie kursów udziela Dr. Łuka, klinika neurologiczna, Kraków, Kopernika 48. Program wykładów szczegółowy podano w Polskiej Gazecie Lekarskiej z r. 1929, Nr. 2.

Subwencje na badania chorób raka i chorób wenerycznych. Polska Akademja Umiejętności rozda w końcu lutego b. r. z funduszu ś. p. Pawła Tyszkowskiego subwencje na rok 1929 na badania przyrodnicze i lekarskie, przedewszystkiem mające łączność z poznaniem istoty choroby raka i chorób wenerycznych lub ich leczeniem. Ubiegający się o te subwencje mają wnosić podania do P. A. U. do 20 lutego 1929 r. z wymienieniem, jakie badania zamierzają prowadzić i jaka kwota na nie byłaby potrzebna, oraz wykazać, iż zajmowali się już poprzednio badaniami naukowemi.

Wilno.

Na dorocznem zebraniu Wileńskiego Koła Towarzystwa Internistów Polskich. Zarząd koła na rok 1929 został wybrany w następującym składzie: Prezes: Prof. Dr. A. Januszkiewicz, Wiceprezes: Dr. H. Rudziński, Sekretarz: Dr. M. Świda, Skarbnik: Dr. J. Klukowski. Do komisji rewizyjnej weszli: Dr. W. Bądzyński, Dr. A. Kapłan i Dr. L. Toczydłowski.

Redakcja otrzymała.

Henryk Szczodrowski: „Choroby weneryczne jako klęska społeczna i walka z niemi". Warszawa 1928. Nakładem „Lekarza Wojskowego".

Wł. Mikułowski: „Encéphalite coquelucheuse a l'age infantile". Odb. z Revue française de pédiatrie, tome IV, nr. 5, 1928.

Wł. Mikułowski: „Emiplegia spastica e lue congenita nell'infanzia". Estratto dalla Rivista di Clinica Pediatrica. Anno XXVI, nr. 11, Firenze.

Olbrycht J. Ueber die Pathogenese des Verbrühungstodes. Odbitka z „Neljas Eesti Arstidepäev Haapsalus". Tartu. 1926.

Olbrycht J. Une complication insolite de l'ulcère peptique de l'estomac. Odbitka z „Bulletin de l'Académie de Médecine". Paris. 1926. Tome XCVI. Nr. 36 (wspólnie z A. Maciągiem).

Olbrycht J. Mikroskopische Untersuchungen von Lungen verbrannter Neugeborener zum Nachweis ihres Gelebthabens, nebst Bemerkungen über die forensische Bedeutung der histologischen Lungenprobe. Odbitka z „Deutsche Zeitschrift f. die gesamte gerichtliche Medizin". Berlin. 1927. Bd. 9. H. 5.

Olbrycht J. Gewaltsamer Tod durch verbrecherische Kastrierung oder natürlicher Tod durch Aortaruptur. Odbitka z „Beiträge zur gerichtlichen Medizin". Wien. 1928. Bd. VII. (wspólnie z L. Wachholzem).